

Motivasjon for egenbehandling hos voksne med type 2 diabetes - En utfordring for sykepleiere



Kristin Frantsen

Juni 2010

Masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv

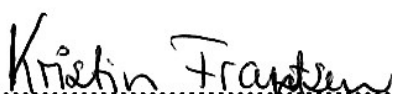
Institutt for helsefag

Universitetet i Stavanger

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV****MASTEROPPGAVE****SEMESTER:** vår 2010**FORFATTER:** Kristin Frantsen**VEILEDER:** 1.amanuensis Bjørg Karlsen
Ph.d stipendiat Bjørg Oftedal**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:****Norsk:** Motivasjon for egenbehandling hos voksne med type 2 diabetes - En utfordring for sykepleiere**Engelsk:** Motivation for self-management among adults with type 2 diabetes - A challenge for nurses**EMNEORD/STIKKORD/NØKKEWORD:**

Type 2 diabetes, motivation, nurse/nursing, healthcare professionals, self-management, self-care, self-regulation, patient-centred care, life-style change, counselling, education, social support, empowerment.

SIDETALL: 81 sider**ANTALL ORD:** 25 404**STAVANGER** 28.06.10
DATO/ÅR
.....
SIGNATUR

FORORD

Denne masteroppgaven er avslutningen på masterstudiet i Helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv. Det har vært et spennende, krevende og lærerikt studie som har gitt meg ny kunnskap og økt kompetanse som er nyttig å ta med seg tilbake til arbeidslivet. Arbeidet med denne masteroppgaven har vært svært lærerikt, men også utfordrende og læringskurven har vært bratt. I det daglige jobber jeg som kreftsykepleier og har lite erfaring med type 2 diabetes. Denne studien har gitt meg en større innsikt i sykepleiers rolle i diabetesomsorgen og deres betydning for motivasjon. Å motivere pasientene til å gjøre endringer er viktig ved alle kroniske sykdommer og jeg anser dette temaet til å ha en viktig overføringsverdi til kreftsykepleie.

Jeg er stolt over å ha gjennomført denne studien, men den hadde ikke latt seg gjøre uten hjelp og støtte fra mange hold:

- Jeg vil først takke sykepleierne som var villige til å dele av sine erfaringer, og som gjorde det mulig for meg å gjennomføre denne studien. Dere gjør en flott jobb på deres respektive arbeidsplasser.
- Jeg vil spesielt takke mine veiledere, 1.amauensis Bjørg Karlsen og ph.d stipendiat Bjørg Oftedal. Dere er de beste i verden! Takk for konstruktiv veiledning, nyttige innspill og personlig støtte. Dere har alltid vært tilgjengelige, motivert meg og gitt meg troen på at dette skulle jeg klare. Jeg er dypt takknemlig.
- En stor takk til ledelsen og gode kollegaer ved Klinikk for blod- og kreftsykdommer ved Stavanger Universitetssjukehus som har gitt meg spillerom, støtte og oppmuntring til å gjennomføre studiet, samt takk til avdeling for Fag og foretaksutvikling (FFU) som har gitt meg økonomisk støtte i form av stipend.
- Tilslutt vil takke familie min som har gjort dette studiet mulig for meg. Takk til min mann, André for støtte og oppmuntring. Du er der alltid for meg. Takk til Sander og Mathea som har latt meg få jobbe i fred, men nå Mathea er mamma endelig ferdig og tilgjengelig for deg. En spesiell takk til Ine som har vist sin mor at nesten alt er mulig bare en vil nok. Du er et tydelig bevis på at motiverte mennesker kan klare store utfordringer.

Stavanger, juni 2010

Kristin Frantsen

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1 Type 2 diabetes – vår store folkesykdom	2
1.1.2 Utfordringer for personer med type 2 diabetes.....	4
1.1.3 Betydning av sykepleiers rolle som motivator i diabetesomsorgen	5
1.2 Tidligere forskning.....	7
1.3 Hensikt og problemstilling	9
1.4 Avgrensning og begrepsavklaring.....	10
1.5 Oppgavens oppbygning.....	10
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	11
2.1 Motivasjon	11
2.1.1 Utvikling av motivasjonsteorier.....	11
2.2 Expectancy-Value teori	12
2.2.1 Forventninger om å lykkes.....	13
2.2.2 Verdier	14
2.2.3 Personfaktorer.....	16
2.2.4 Sosiale faktorer.....	17
2.3 Hvordan kan sykepleier motivere en person med type 2 diabetes til egenbehandling gjennom pedagogiske prinsipper?	18
2.3.1 Støtte selvstendighet.....	19
2.3.2 Klargjøre struktur	19
2.3.3 Vise engasjement	20
2.4 Organisatoriske og kontekstuelle faktorer.....	20
3.0 METODE	22
3.1 Valg av kvalitativ tilnærming.....	22
3.2 Kvalitativ innholdsanalyse	23
3.3 For forståelse.....	24
3.4 Valg av informanter.....	25
3.4.1 Inklusjonskriterier	25
3.4.2 Rekruttering av deltakere.....	25
3.5 Datainnsamling.....	26
3.5.1 Fokusgruppeintervju	26
3.5.2 Utarbeidelse av intervjuguide.....	27
3.5.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene.....	28
3.5.4 Rollen som moderator.....	28
3.5.6 Lokaler og teknisk utstyr	29
3.5.7 Intervjusituasjonen.....	30
3.6 Dataanalyse.....	31
3.7 Validitet og reliabilitet	32
3.8 Ethiske avveininger	35
3.9 Metodeoverveielser	36
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	38
4.1 Å danne seg et bilde av pasientens motivasjon for endring.....	38
4.1.1 Data om pasientens motivasjon for endring.....	39
4.1.2 Data om forhold som påvirker pasientens motivasjon	40

4.2 Å styrke pasientens tro på å klare egenbehandling av type 2 diabetes	43
4.2.1 Etablere gode relasjoner	43
4.2.2 "Skreddersydd" opplæring.....	44
4.2.2.1 Tilpassede praktiske råd	46
4.2.3 Stimulere pasienten til medbestemmelse i egenbehandling.....	48
4.3 Organisatoriske og kontekstuelle forhold på arbeidsplassen	49
4.3.1 Betydning av sykepleiers selvstendige rolle, engasjement og kompetanse	50
4.3.2 Tilrettelegging og organisering av pasientopplæring på arbeidsplassen.....	52
5.0 DISKUSJON AV FUNN.....	54
5.1 Kartlegging av pasientens motivasjon for endring	54
5.1.1 Personlige ressurser	54
5.1.2 Sosiale ressurser.....	55
5.1.3 Pasientens motivasjon for endring.....	56
5.2 Sykepleier stimulerer pasientens tro på å klare egenbehandlingen av type 2 diabetes	58
5.2.1 Sykepleier etablerer gode relasjoner.....	58
5.2.2 "Skreddersydd" opplæring.....	59
5.2.3 Stimulere til pasientens medbestemmelse i egenbehandling.....	62
5.3 Organisatoriske og kontekstuelle forhold på arbeidsplassen	65
5.3.1 Sykepleiers kompetanse, engasjement og rolle	66
5.3.2 Organisering av pasientopplæring på arbeidsplassen.....	67
6.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER.....	69
6.1 Hva vektlegger sykepleier i stimulering av motivasjon for å oppnå adekvat egenbehandling?	69
6.2 Hvilke faktorer mener sykepleier påvirker muligheten til stimulering av motivasjon?	70
6.3 Implikasjoner for praksis	71
6.4 Implikasjoner for videre forskning	72
REFERANSELISTE.....	74

VEDLEGG:

Vedlegg 1	Første forespørsel om å delta i studien
Vedlegg 2	Informasjonsskriv med samtykkeerklæring
Vedlegg 3	Opplysninger om utvalget
Vedlegg 4	Intervjuguide
Vedlegg 5	Introduksjon før fokusgruppeintervjuene
Vedlegg 6	Svar fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD)

Sammendrag

Bakgrunn: Diabetes er en av våre store folkesykdommer som øker i omfang verden over og er en stor helsemessig utfordring. Å leve med diabetes er svært krevende og ofte må pasientene forholde seg til råd som innebærer store endringer i dagliglivet. Egenbehandling stiller store krav til kompetanse og like viktig er motivasjonen til å takle sykdommen avgjørende for evnen til egenbehandling. Mange pasientene klarer ikke dette på egen hånd og sykepleiere har derfor en viktig rolle i å motivere og veilede pasientene slik at troen på å klare egenbehandlingen styrkes.

Hensikten: Hensikten med studien var å få innsikt i hvordan sykepleiere stimulerer til motivasjon hos voksne med type 2 diabetes slik at de oppnår tilfredsstillende egenbehandling. Jeg ønsket å undersøke hva sykepleierne la vekt på når de motiverte pasientene til å klare egenbehandlingen, samt hvilke faktorer som måtte være tilstede for at sykepleierne skulle kunne stimulere til motivasjon. På denne måten ønsket jeg å synliggjøre sykepleiers rolle i diabetesomsorgen og deres betydningen for motivasjon.

Metode: Dette er en kvalitativ studie med deskriptivt design. Det er gjennomført ett fokusgruppeintervju med til sammen 10 sykepleiere fordelt i to fokusgrupper. Sykepleierne jobbet i det daglige med personer med type 2 diabetes både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Fokusgruppeintervjuene ble analysert og strukturert med inspirasjon fra Graneheim & Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse. Funnene ble i hovedsak diskutert i forhold til motivasjonsteori (expectancy-valueteori) og aktuell tidligere forskning.

Resultat: Funnene tilsa at sykepleierne satte i verk mange motiverende handlinger, selv om motivasjon var et abstrakt begrep som sykepleierne ikke tenkte så mye på i det daglige. De var engasjerte og hadde oppriktig interesse for personer med type 2 diabetes. Sykepleierne hadde behov for å danne seg et bilde av hvor motivert personen med type 2 var for å gjøre endringer. Det gjorde de ved å kartlegge viktige personlige og sosiale ressurser. Videre la de vekt på å motivere og handle på en slik måte at det styrket pasientens tro på at det var mulig å klare egenbehandlingen. Funnene viser at det gjorde de ved å etablere god kontakt, gi skreddersydd opplæring og praktiske råd, samt stimulere pasienten til medbestemmelse i egenbehandlingen. Sykepleierne hadde god kompetanse og lang erfaring med personer med type 2 diabetes. Det kan være viktige faktorer når en skal stimulere til motivasjon, men for å få utnyttet sin kompetanse var det også av betydning at det var tilrettelagt for dette på arbeidsplassen. Når veiledningssituasjonene ble utfordrende følte sykepleierne av og til at de kom til kort. Det kan skyldes at sykepleierne manglet verktøy eller ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring i veiledningsteknikker.

Konklusjon: Sykepleiere har en viktig rolle i diabetesomsorgen. De er engasjerte og interesserte i personer med type 2 diabetes og fokuserer på mange tiltak som kan fremme motivasjon. For at sykepleierne også skal mestre de utfordrende situasjonene trenger de opplæring og veiledning i adekvate veiledningsteknikker.

Nøkkelord: type 2 diabetes, motivasjon, sykepleier/helsepersonell, selvregulering, egenbehandling, veiledning, undervisning, sosial støtte, pasientsentrert behandling og empowerment.

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har i denne masteroppgaven valgt å sette fokus på hvordan sykepleiere stimulerer til motivasjon hos voksne med type 2 diabetes slik at de oppnår tilfredsstillende egenbehandling av sykdommen.

Som masterstudenter ble vi oppfordret til å være med i pågående forskningsprosjekter. Dette ble en gylden anledning for meg å få knytte meg til et prosjekt om ”Motivasjon for selvregulering hos voksne med type 2 diabetes” ved Universitetet i Stavanger, ledet av I. amauensis Bjørg Karlsen, Professor Edvin Bru og ph.d.stipendiat Bjørg Oftedal. Motivasjon har alltid interessert meg. Hva er det som gjør mennesker motiverte eller hvordan kan en stimulere dem til motivasjon? Personer med type 2 diabetes er en sterkt økende gruppe og sykepleiere på alle nivå i helsetjenesten ville komme i kontakt med pasientgruppen. Egenbehandling av type 2 diabetes er svært krevende og ofte må pasienter forholde seg til råd som innebærer store endringer i dagliglivet. Det stiller derfor store krav til kompetanse om hvordan type 2 diabetes kan reguleres. Like viktig er motivasjon til å takle sykdommen avgjørende for evnen til egenbehandling (Clark, 2005; Helsedirektoratet, 2009). Mange som har fått en kronisk sykdom synes det er utfordrende å motivere seg til behandling og endringer som må finne sted for å mestre sykdommen (Gjengedal & Hanestad, 2007), og mange kan ha problem med å endre sin livsførsel (Jallinoja, et al., 2007). For å ta nødvendige valg i hverdagen trenger derfor personer med type 2 diabetes god støtte fra blant annet sykepleiere. Sykepleiere har en viktig rolle i å motivere og veilede pasientene slik at troen på å klare egenbehandlingen styrkes (Helsedirektoratet, 2009). Økt kunnskap om hvilke faktorer som påvirker motivasjon for egenbehandling kan gi et godt grunnlag for sykepleierne i deres arbeid med pasienter som lever med type 2 diabetes. Det vil derfor være viktig å sette søkelyset på hvordan sykepleiere stimulerer til motivasjon for nettopp å styrke egenbehandlingen hos personer med type 2 diabetes.

1.1.1 Type 2 diabetes – vår store folkesykdom

Diabetes er en av våre store folkesykdommer som har økt i omfang både nasjonalt og internasjonalt. Den største økningen ser en hos type 2-diabetes (Stene, et al., 2004). Rundt 375 000 nordmenn har type 2 diabetes og av disse har halvparten type 2 diabetes uten å vite det (Norges Diabetesforbund, 2010). De siste oppdaterte tallene fra Diabetes Atlas fra 2009 sier at i 2010 antar man at det er 284 millioner verden over som har diabetes og det forventes en økning til 438 millioner i 2030 (International Diabetes Federation, 2009a, 2009b; Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004). Forekomsten er så stor at man snakker om en pandemi, og den nye rapporten, ”Helsetilstanden i Norge” fra Folkehelseinstituttet, sier at kroniske sykdommer er dagens epidemier (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Generalsekretær i FN, Ban Ki Moon, har tidligere betegnet diabetesepidemien som ”en nødssituasjon for folkehelsen i sakte fart” (Spilling, 2010). Den økende prevalensen av type 2 diabetes skyldes at vi lever i et samfunn med økende urbanisering der sosiale og kulturelle endringer skjer raskt. Vi er mindre fysisk aktive enn før, mange har en uheldig livsstil og et kosthold som fører til at gjennomsnittsvekten øker. I tillegg blir vi stadig eldre.

Diabetes mellitus er en stoffskiftesykdom med ulike årsaksforhold som karakteriseres ved høy konsentrasjon av glukose i blodet, og en får forstyrrelser i omsetningen av karbohydrater, fett og protein. Type 2-diabetes er den vanligste formen og teller 85-95% av all diabetes. Den rammer oftest personer over 30 år. Type 2 diabetes er en kronisk og progressiv sykdom som kjennetegnes ved nedsatt insulinfølsomhet i kombinasjon med redusert insulinsekresjon. Sykdomsutviklingen er langsam og diffus. Når insulinproduksjonen ikke er tilstrekkelig til å opprettholde et normalt blodsukker, utløses type 2 diabetes (Helse- og sosialdepartementet, 2006; World Health Organisation, 2006). Det er ikke sjelden at senkomplikasjoner allerede er oppstått ved diagnosetidspunktet. Senkomplikasjoner kan føre til blindhet, nyresvikt, økt risiko for hjerte- og karsykdommer og amputasjon av føtter (Helse- og sosialdepartementet, 2006; International Diabetes Federation, 2009a; Skafjeld, 2002; Vaaler, Møinichen, & Grendstad, 2004).

Nasjonale faglige retningslinjene legger føringer for diabetesomsorgen i Norge (Helsedirektoratet, 2009). Disse reflekterer hva som er god faglig praksis basert på tilgjengelig kunnskap og er å betrakte både som et hjelpemiddel og som anbefaling og råd for aktører i helsetjenesten, og erstatter tidligere retningslinjer fra NSAM (Norsk selskap for

allmenmedisin). Nasjonale retningslinjer er ikke rettslig bindende, men skal så langt som mulig være styrende for de valg og de prioriteringer som foretas i den kliniske hverdag. Behandlingsmålene skal forhindre/reducere utviklingen av senkomplikasjoner og sikre best mulig livskvalitet hos personer med diabetes (Helsedirektoratet, 2009).

Helsedirektoratets rapport (2008), ”Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i det norske samfunn”, konkluderer med at en god diabetesbehandling er kostnadseffektiv.

Motivering, veiledning og opplæring av egenkontroll er tiltak som kan hindre utvikling av sykdommen og senkomplikasjoner. Det vil lønne seg både for den enkelte med diabetes og samfunnet, mener de. Endring av levevaner er sentralt i behandlingen av type 2 diabetes. Målet med behandling er å gjøre pasienten symptomfri og høyne livskvaliteten, samt hindre/forsinke senkomplikasjoner. Behandlingen har endret seg fra å være sentrert om å senke blodsukkernivået til også å vektlegge behandling av den økte risiko for hjerte- og karsykdommer. Diabetesbehandlingens hovedsøyler er motivasjon/kunnskap, kost, fysisk aktivitet og eventuelt medisiner (Helsedirektoratet, 2009; Norges Diabetesforbund, 2010).

Motivasjon/kunnskap - vil gjøre at man blir i stand til å regulere blodsukkeret i forhold til blant annet kost og aktivitet og det kan gjøre dagliglivet tryggere. Motiveringens og opplæringens form bør ha fokus på både teoretiske og praktiske utfordringer, samt følelsemessige aspekter ved det å leve med diabetes (Helsedirektoratet, 2009; Vaaler, et al., 2004).

Kost - kostholdet virker inn på blodsukkernivået og personer med diabetes må derfor, som en del av egenbehandlingen, spise ekstra sunt. Maten bør inneholde:

- mye fiber i form av grove kornprodukter, mye grønnsaker og frukt
- mindre fett fra kjøtt og meieriprodukter og mer fett fra fisk og plantekilder
- mye langsomme karbohydrater, og lite rent sukker/sukkerarter

For å få en god blodsukkerregulering, er det en fordel at maten fordeles på flere måltider utover dagen, slik at det ikke blir få og dermed store måltider. En regelmessighet i hverdagskosten gjør det lettere å finne en god balanse mellom blodsukker og eventuelle medikamenter (Helsedirektoratet, 2009; Norges Diabetesforbund, 2010).

Fysisk aktivitet – regelmessig fysisk aktivitet har stor innvirkning på regulering av blodsukkeret. For personer som er fysisk inaktive anbefales det 30 minutters aktivitet daglig med moderat intensitet. Det øker glukoseopptaket i muskulaturen og bedrer insulinfølsomheten. Dette er en av de sterkeste effektene av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009; Norges Diabetesforbund, 2010).

Medisiner – Når målet er å forebygge senkomplikasjoner, bør en hos de fleste intensivere den blodsukkersenkende behandlingen når langtidsblodsukkeret (HbA1c) >7%. Da velger en enten blodsukkersenkende tabletter og/eller insulin. Valg av medikamenter må baseres på virkning på blodsukkernivået, bivirkninger, sikkerhetsprofil, toleranse og pris (Helsedirektoratet, 2009; Norges Diabetesforbund, 2010).

1.1.2 utfordringer for personer med type 2 diabetes

Å leve med type 2 diabetes er uforutsigbart da det metabolske reguleringsystemet er avansert (Vaaler, et al., 2004) og det stiller store krav til egenbehandling (Clark, 2005). Økt kunnskap om diabetes og motivasjon er derfor viktige faktorer ved egenbehandling (Lillemyr, 2007). Egenbehandlingen må følges nøye opp av den enkelte og de må foreta mange komplekse avveininger for å opprettholde et optimalt blodsukker slik at en unngår eller reduserer senkomplikasjoner (Karlsen, 2007). Det viser seg å være utfordrende og en norsk studie fant at i 2005 var det 20% som nådde de anbefalte mål fra 2000, men bare 7% som nådde de reviderte målene fra høst 2005 (Jenum, Claudi, & Cooper, 2008). Andre studier viser at manglende motivasjon sannsynligvis er en av de viktigste årsakene til inadekvat diabetesregulering (Peyrot & Rubin, 2007; Ruderfelt & Axelsson, 2004; Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004). Diabetes påvirker de fleste aspekter ved livet. Pun et al. (2009) har i en reviewartikkel undersøkt hvilke utfordringer personer med type 2 diabetes opplever angående egenbehandling. De største utfordringene har pasientene vedrørende kostholdsendringer. Mat er også en del av den sosiale rammen og pasientene opplever det vanskelig å spise anbefalt mat når annen mat tilbys, for eksempel ved restaurantbesøk eller ved besøk hos venner. Videre var det utfordrende å komme i gang med og opprettholde fysisk aktivitet, måle blodsukker og eventuelt regulere insulindosering etter dette. Manglende sosial støtte og manglende informasjon gjorde også egenbehandlingen utfordrende. Diabetesrelatert stress kan redusere evnen til egenomsorg som igjen vil påvirke evnen til motivasjon, læring og mestring (Gonder-Frederick, Cox, & Ritterband, 2002). Regulering og håndtering av type-

2 diabetes innebærer endring av livsstil og egne vaner. Vaner er innarbeidet over mange år og har innflytelse på det meste vi foretar i livet. Undersøkelser viser at endring av atferd, vedlikehold av denne og evne til mestring av sykdommen er for mange er svært vanskelig og konfliktfylt. Å gjøre gode valg for seg selv og mestre et liv med type 2 diabetes krever både motivasjon, kunnskap og tiltro til egne evner. Personer med type 2 diabetes kan ikke greie dette på egen hånd og trenger god støtte og veiledning fra helsepersonell, der sykepleiere har en viktig rolle (Carey & Courtenay, 2007; Clark, 2005; Van der Arend, Stolk, Krans, Grobbee, & Schrijvers, 2000; Vermeire, et al., 2007). Det overnevnte støttes også av Norges Diabetesforbund (2003) som sier i Diabeteserklæringen:

”Å leve med diabetes er krevende. Diabetes varer hele døgnet – hele året, og den enkelte og /eller nære pårørende må styre kompliserte prosesser i kroppen og foreta mange krevende avveininger. Den veiledning, hjelp og støtte personer med diabetes får i forhold til å mestre sin sykdom, er avgjørende i forhold til den enkeltes livskvalitet. Sykdommens karakter gjør at helsetjenesten må vinkles annerledes enn ved akutt sykdom. Langsiktighet, veiledning, støtte og hjelp må ha en sentral plass. Alle med diabetes trenger derfor gode støttespillere i alle deler av helsevesenet” (s. 2).

1.1.3 Betydning av sykepleiers rolle som motivator i diabetesomsorgen

Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009) anbefaler at personer med diabetes og deres pårørende skal tilbys tilstrekkelig opplæring. I § 3-8 i Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) er opplæring av pasienter og pårørende én av fire hovedoppgaver for sykehusene. Opplæring av personer med type 2 diabetes vil dermed bli en viktig oppgave for sykepleiere på sykehus, men vil også være like viktig for sykepleiere i primærhelsetjenesten. God diabetesomsorg krever flerfaglig tilnærming og nært samarbeid mellom faggruppene på alle nivå i helsetjenesten. Sykepleier har en viktig rolle i tverrfaglig diabetesteam. Diabetesteam består vanligvis av overlege med spesialkompetanse innen diabetes, diabetessykepleier, klinisk ernæringsfysiolog, samt andre tverrfaglige grupper (Helsedirektoratet, 2009). Diabetes kan ikke behandles av helsepersonell, kun av pasienten selv. Sykepleier har derfor en sentral funksjon i å motivere, veilede og støtte personer med type 2 diabetes slik at de kan mestre livet med sykdommen (Helse- og sosialdepartementet, 2006). Det kan de gjøre ved å benytte kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, stille åpne og klargjørende spørsmål og reflektere sammen med personen slik at han føler han blir tatt alvorlig (Eide & Eide, 2007). På denne måten kan sykepleier motivere slik at personen

ser egne muligheter og benytter egne ressurser til de krav og forventninger som egenbehandlingen stiller.

Møtet mellom sykepleier og pasient er en arena hvor det er viktig å skape en god relasjon preget av en mellommenneskelig varme og empati. En empatisk tilnærming i møtet med personen med type 2 diabetes fremmer trygghet og tillit som kan motivere pasienten til å tro på at han kan lykkes i å mestre utfordringer (Eide & Eide, 2007). Undersøkelser antyder at selv om helsepersonell har gode intensjoner klager pasientene på at helsepersonell heller stenger enn støtter og motiverer til egenbehandling og læring (Cooper, Booth, & Gill, 2003; Thorne & Paterson, 2001). Dette begrunnes i at helsepersonell og personer med type 2 diabetes har ulikt syn på sykdom. Personen med type 2 diabetes forstår sykdommen ut fra hvordan han opplever det, og helsepersonell forstår den ut fra slik den manifesterer seg klinisk (Hornsten, Lundman, Selstam, & Sandstrom, 2005; Hunt, Arar, & Larme, 1998; Væg, Rosenqvist, & Sarkadi, 2007). Helsepersonell blir frustrert når de sier det samme gjentatte ganger uten pasienten retter seg etter det. For pasienten er det frustrerende å høre de samme råd og formaninger igjen og igjen uten å få løst sitt problem (Mabeck, 2005). Det har medført at en har endret tilnærming på pasientopplæring fra da helsepersonell fortalte pasienten hvordan behandlingen skulle være til det i dag hvor det legges mer vekt på at pasientene er den aktive part (Holmstrom & Roing, 2010). Det sterke fokuset på brukermedvirkning har medført en omdefinering av roller og forhold mellom pasient og helsepersonell (Funnell, 2004). Sykepleier har med sin fagkompetanse en mer rådgivende og støttende funksjon. Pasienten har hverdagskompetanse om sin sykdom, og utveksling av kunnskap og erfaring kan gi fruktbare resultater dersom de utnytter hverandres kompetanse (Funnell, 2004). Dette kan kalles en pasientsentert tilnærming og det kan ha et element av pasientempowerment i seg slik Funnell (2004) ser det: *“Patient empowerment is defined as helping people to discover and use their own innate ability to gain mastery over their diabetes”*. Målet for sykepleier må være å ta utgangspunkt i pasientens forventninger, egenskaper og ressurser, hjelpe pasienten gjennom opplæring og støtte til å se nytte av aktiviteten, bli mest mulig autonom og motivert slik at han kan mestre egenbehandling av sin diabetes (Lillemyr, 2007; Wæge, 2007). Det kan være komplisert å endre fokus til pasientsentrert behandling, og sykepleier trenger trening og ikke minst vilje og motivasjon til å foreta denne endringen (Anderson & Funnell, 2005; Jallinoja, et al., 2007).

1. 2 Tidligere forskning

Jeg vil videre se på tidligere forskning som synes relevant for temaet i denne oppgaven, og den søker innsikt i hvordan sykepleier stimulerer til motivasjon hos voksne pasienter med type 2 diabetes slik at de kan oppnå tilfredsstillende egenbehandling.

Søkehistorien strekker seg fra vår 2008-høst 2009. Jeg har søkt i Bibsys ask og brukt EBSCO som er en plattform til de ulike databasene. Jeg har benyttet både fulltekstdatabaser og referansedatabaser. Disse er: *Academic Search Elite*, *Cinahl*, *Eric*, *Isi Web of Science*, *Medline*, *Pubmed* og *PsychInfo*. Noen av treffene var tilgjengelig i flere av databasene. Videre har jeg funnet artikler ved å bruke referanselisten til artikler eller bøker eller fått artikler av andre med interesse for samme tema. Søkeordene jeg har brukt er diabetes type-2, motivation, nurse/nursing, healthcare professionals, self-care, self-regulation, life-style change, counselling, education, social support, patient-centred care og empowerment.

Jeg fant ingen studier direkte om hvordan sykepleiere stimulerer til motivasjon hos personer med type 2 diabetes, men mange nevner motivasjon som et element i sine studier. Jeg ser derfor på studier som vurderer sykepleierollen i håndtering av type 2 diabetes og om forhold som er viktige for og påvirker motivasjon.

Forskning sier at sykepleiere bør være mer delaktige og ha en større rolle i pasientbehandling av type 2-diabetes (Bodenheimer, MacGregor, & Stothart, 2005; Pun, et al., 2009; Siminerio, Funnell, Peyrot, & Rubin, 2007). Et tettere samarbeid mellom sykepleier og lege, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, vil gi pasientene en bedre oppfølging og øker sjansene for bedre mestring av sin sykdom (Aschner, LaSalle, & McGill, 2007; Hiss, Armbruster, Gillard, & McClure, 2007; Moser, van der Bruggen, & Widdershoven, 2006; van Bruggen, Gorter, Stolk, & Rutten, 2007). Carey & Courtenay (2007) har gjort en reviewstudie om aktiviteter og effekt av sykepleiedeltakelse i diabetesomsorgen. Gjennomgangen viste at sykepleiere har en viktig rolle og er involvert i mange områder i diabetesomsorgen. Sykepleiere gir individuell omsorg, de motiverer og stimulerer til egenbehandling, organiserer og gir opplæring/veiledning, og er både fysisk og psykisk støtte for pasienten. Dette medførte at pasientene fikk bedre metabolsk kontroll, reduserte diabetessymptom, det var kostnadseffektivt og det ga kortere liggetid ved sykehusinnleggelse. I følge Bodenheimer et al. (2005) medfører planlagt oppfølging av sykepleiere økning i sunnere livsstil, det gir økt

metabolsk kontroll og mindre behov for innleggelser. Det hevdes videre at sykepleiere kan erstatte legen i flere aspekter ved diabetesomsorgen bare de får tilstrekkelig opplæring.

Forskning viser at sykepleierne vil gjerne ta større del i diabetesomsorgen. De mener de har nok kunnskap om sykdom og behandling, men sier de mangler kunnskap og erfaring om hvordan motivere og veilede til adekvat egenbehandling hos personer med type 2 diabetes (Jallinoja, et al., 2007). Dette støttes også av Anderson & Funnell (2005) som sier at helsepersonell er utdannet og oppdratt til å behandle akutte tilstander. Kroniske tilstander krever en annen tilnærming og det mangler helsepersonell kunnskaper om. Hayes et al. (2008) sier at sykepleiere er fullt i stand til å veilede personer med diabetes, men må selv være villige til å bli veiledet for å lære veiledningsprinsipper og prosesser som kommer pasienten til gode. Hayes et al. (2008, p. 158) viser til flere undersøkelser som sier at oppfølging fra sykepleiere fører til livsstilsendring ved ulike kroniske sykdommer. Få studier har undersøkt sykepleieoppfølging og type 2 diabetes, men Whitemore et al. (2001; 2004) har gjort studier som viser at voksne med type 2 diabetes får bedre målinger av HbA1c, lipider og body mass index når de følges opp av sykepleiere.

Hayes et al. (2008) sier at å motivere pasienter til livsstilsendring er en svært krevende oppgave. Sykepleiere har gjennom sin utdanning og rolle blitt "oppdratt" til å motivere, støtte og nytte pasientens ressurser i større grad enn legene. Studier har sammenlignet leger og sykepleiere og de viser at sykepleiere er dyktigere enn legene til å motivere og undervise pasienten. De tar opp flere temaer med pasientene og lar i større grad pasienten være den aktive part i behandlingen. Pasientene var også mer aktive når de diskuterte endring av livsstil med sykepleierne enn med legene. Sykepleiere er også flinkere til å lytte, bruker mer tid sammen med pasientene og kjenner pasientene bedre enn legen. De er mer opptatt av psykososiale aspekter og ser alvorlighetsgraden psykososiale problemer har for pasienten. Både leger og sykepleiere er enige om at psykososiale strategier er en svært viktig del av diabetesomsorgen, men det var sykepleiere som hyppigst benyttet dem og/eller foreslo henvisning til annen fagperson dersom nødvendig (Bodenheimer, et al., 2005; Peyrot, Rubin, & Siminerio, 2006; Siminerio, et al., 2007).

Forskning viser at støtte fra helsepersonell har betydning for hvordan kronisk syke tilpasser seg sykdom, men det er uklart på hvilken måte (Thorne & Paterson, 2001). Van Dam et al. (2005) har i en review-artikkel undersøkt sosial støtte i diabetesomsorgen. De kan ikke helt se

hvilken form for støtte som er mest effektiv for å bedre selvreguleringen. De sier at kvinner og menn foretrekker ulike støtte, gruppekonsultasjoner sammen med helsepersonell eller likesinnede er bra, følge et utdanningsprogram, rådgiving gjennom internett og telefon er støtte som er virksom. Det må forskes mer, mener de, men sier at diabetesteam må ta i bruk resultatene som er funnet så langt. Gleeson-Kreig (2008) har undersøkt sosial støtte vedrørende fysisk aktivitet og type 2 diabetes. Hun sier at støtte fra media scoret høyest, deretter kommer støtte fra helsepersonell, familie og venner.

Denne gjennomgangen av tidligere forskning viser at sykepleiere har en sentral rolle i diabetesomsorgen, men jeg fant ikke forskning om hvordan sykepleiere kan stimulere til motivasjon hos pasienter med type 2 diabetes. Det kan tyde på at det er gjort få studier rundt dette tema og det mener jeg synliggjør at det er behov for forskning.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å få økt innsikt i hvordan sykepleiere stimulerer til motivasjon hos voksne med type 2-diabetes slik at de kan mestre egenbehandling av sykdommen i dagliglivet. Type 2 diabetes er en komplisert sykdom der personen med diabetes er ansvarlig for til dels viktige og krevende valg i hverdagen (Karlsen, 2007). Sykepleiere er viktige støttespillere når pasientene skal motiveres til å mestre egenbehandling. Min antagelse er at sykepleierne iverksetter motiverende tiltak uten de nødvendigvis vet at de er det, men hvilke handlinger de vektlegger er ukjent. Jeg ønsker utføre denne undersøkelsen for å få mer kunnskap om hva sykepleiere vektlegger når de stimulerer til motivasjon, og om hvilke faktorer som påvirker motivasjonsarbeidet. Jeg håper at funn fra studien kan tilføre kunnskap som sykepleiere kan nyttiggjøre seg når de støtter og veileder personer med type 2 diabetes, samt synliggjøre sykepleiernes rolle i diabetesomsorgen.

Problemstillingen blir som følger:

”Hvordan stimulerer sykepleiere til motivasjon hos voksne med type 2 diabetes slik at de oppnår tilfredsstillende egenbehandling av sykdommen?”

For å finne ut av dette har jeg formulert to forskningsspørsmål med utgangspunkt i problemstillingen og tidligere forskning.

- Hva vektlegger sykepleier i stimulering av motivasjon for å oppnå adekvat egenbehandling?
- Hvilke faktorer mener sykepleier påvirker muligheten til stimulering av motivasjon?

1.4 Avgrensning og begrepsavklaring

Undersøkelsen gjelder kun sykepleiere som i det daglige jobber med personer med type 2 diabetes i primær- eller spesialisthelsetjenesten.

Det finnes ulike definisjoner eller beskrivelser av motivasjon. I denne oppgaven definerer jeg motivasjon som en tilstand i individet som mobiliserer energi og gir retning til å skape interesse og utvikle engasjement og lyst til å investere i seg selv i bestemte handlinger eller aktiviteter (Lillemyr, 2007).

Egenbehandling definerer jeg som tiltak personen må sette i verk for å regulere sin diabetes. Det er behandlingsråd en må følge for å endre livsstil. Det kan være rutiner for kosthold, fysisk aktivitet, medisiner og kontroll av blodsukker, og kontroll/oppfølging av helsepersonell (Skafjeld, 2002). Egenbehandling brukes i denne oppgaven synonymt med egenkontroll, regulering og egenomsorg.

Personer med type 2 diabetes omtales også som pasienter med type 2 diabetes eller bare pasienter.

1.5 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis presenteres bakgrunn for valg av studien, en innføring i type 2 diabetes og dens utfordringer, sykepleiers rolle, tidligere forskning, studiens hensikt og problemstilling. I kapittel 2 presenteres teori om motivasjon, videre hvordan sykepleier kan veilede og organisatoriske faktorer betydning for motivasjon. Metode med beskrivelse av utvalg, datainnsamling og kvalitativ innholdsanalyse presenteres i kapittel 3. I kapittel 4 presenteres funnene og i kapittel 5 blir funnene diskutert. Konklusjon, implikasjoner for praksis og videre forskning presenteres i kapittel 6.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapittelet redegjør jeg for det teoretiske rammeverket som danner basis for intervjuguiden og fortolkning av funnene i denne studien. Jeg beskriver først hva jeg legger i motivasjon, deretter skriver jeg om utvikling av motivasjonsteorier, samt gjør jeg rede for motivasjonsteorien, expectancy-value teori (Eccles & Wigfield, 2002) som denne studien er inspirert av. Til slutt vil jeg redegjøre for noen pedagogiske prinsipper om hvordan sykepleiere kan motivere til egenbehandling, samt peke på organisatoriske og kontekstuelle faktorer som har betydning for at sykepleiere kan stimulere til motivasjon.

2.1 Motivasjon

Motivasjon stammer fra det latinske ordet *movere*, som betyr å bevege og ordet motiv kommer fra latinske *movitus* og betyr ” som setter i bevegelse” (Eccles & Wigfield, 2002, Lillemyr, 2007 s.23). Individet beveger seg mot noe, eller i en bestemt retning. På mange måter kan en kan si at motivasjon er det som holder oss alle gående (Ryan & Deci, 2000). Motivasjon inkluderer tre faktorer (Lillemyr, 2007):

- Retningsgivende: hva ønsker personen å gjøre.
- Anstrengelse og innsats: hvor sterkt forsøker personen å arbeide for å nå målet.
- Vedvarenhet: hvor lenge forsøker personen å arbeide for å nå målet.

Motivasjon influerer på personligheten vår. Det vil si hvordan vi oppfatter oss selv, synes om oss selv og hvordan tillit til oss selv utvikles. Hvordan vi er som personer og synet vi har av oss selv, har grunnleggende betydning for hva vi er motivert for, og hva vi utvikler interesse for. Motivasjon har stor betydning for hvordan vi får innsikt, tilegner oss kunnskap og lærer. Selv om motivasjon ikke alltid kommer til uttrykk i handlinger, har motivasjon innflytelse på hvordan vi føler, tenker, vurderer og anerkjenner. Motivasjonen påvirker hva vi utvikler av forventninger og får tillit til (Lillemyr, 2007).

2.1.1 Utvikling av motivasjonsteorier

Synet på motivasjon har endret seg svært mye fra forrige århundre og frem til i dag. Psykoanalytisk teori utviklet av Sigmund Freud (1856-1939), var lenge den eneste forklaring på at motivasjon eksisterte, ved siden av atferdsteoriens forklaring. Begrepet drift ble brukt

for å forklare drivkreftene som står bak det mennesket foretar seg. I atferdsteorien er samtidighet og gjentakelse mellom ubetinget stimulus og en betinget reaksjon det viktige, såkalt klassisk betinging som skaper motivasjon (Lillemyr, 2007). Tidligere var det vanlig at motivasjon ble betraktet som et relativt stabilt personlighetstrekk og forskningen var mest opptatt av å studere personlige motivasjonelle egenskaper (Eccles & Wigfield, 2002, Lillemyr, 2007). Det finnes nå en rekke ulike varianter av nyere teorier om motivasjon. Dels er teoriene motstridende, men flere av teoriene overlapper også hverandre. Dette kan skyldes at teoriene forklarer ulike aspekter ved motivert adferd, men også at de tar utgangspunkt i ulike begrunnelser for atferden (Skaalvik & Skaalvik, 2005). Moderne teorier om motivasjon har mer fokus på relasjonen vedrørende forventning, verdier og mål med handlingen (Eccles & Wigfield, 2002).

Jeg er i denne studien inspirert av expectancy-value teori av Eccles & Wigfield (2002; 2000). Den tar utgangspunkt i den betydningen forventninger og verdier har for motivasjonen. Expectancy-value teori er videreutviklet fra Atkinsons teori fra 1957 om prestasjonsmotivasjon og betraktes som en forløper til nyere motivasjonsforskning (Steen-Olsen, 2000). I nyere tradisjon innen motivasjonsforskning er en spesielt opptatt av verdiers betydning for motivasjon. En antar at det er en gjensidig påvirkning mellom betydningen av verdier og oppfatning av mestring. Eccles & Wigfields expectancy-value teori (2002; 2000) bygger videre på Atkinsons teori, men i motsetning til Atkinson fokuserer de på sosialpsykologiske grunner for verdivalg i mestringsituasjonen (Steen-Olsen, 2000). Nettopp fordi Eccles & Wigfield er opptatt av det sosiale perspektivet anser jeg denne teorien som egnet i forhold til studiens problemstilling. Jeg vil videre presentere denne teorien nærmere.

2.2 Expectancy-Value teori

Teorien legger til grunn at motivasjon er påvirket av to hovedkomponenter 1) forventninger om å kunne mestre aktuell adferd og 2) den opplevde balansen mellom verdien og kostnaden til adferden (Eccles & Wigfield, 2002; Wigfield & Eccles, 2000). Teorien forutsetter at motivasjonen er et resultat av oppgavens verdi for en person og dennes forventninger om å mestre oppgavene. Forventning om å mestre og verdier er igjen påvirket av personfaktorer og sosiale faktorer (Eccles & Wigfield, 2002). Denne teorien har et pedagogisk psykologisk perspektiv. Anvendelsen av teorien i denne studien vil belyse viktige sider om hvordan

sykepleier stimulerer til motivasjon slik personer med type 2 diabetes kan oppnå tilfredsstillende egenbehandling av sykdommen.

2.2.1 Forventninger om å lykkes

Forventning (expectancy) er definert som individuelle forestillinger om hvor bra en vil gjøre en aktivitet eller fremtidige gjøremål, om oppgaven en utfører enten vil lykkes eller mislykkes. Det henvises også til hvordan en vurderer egen kompetanse i en gitt aktivitet (Wigfield & Eccles, 2000). Eccles & Wigfield (2002; 2000) viser i sitt empiriske material at expectancy of success and beliefs about ability er i praksis det samme. Derfor velger jeg i denne oppgaven å anvende forventning om å klare en oppgave da forventning om å lykkes/mislykkes synes å være et for bastant uttrykk når dette handler om å klare egenbehandling. Det er ikke målbart på samme vis som et eksamensresultat og denne teorien er i hovedsak brukt i skolesammenhenger.

Forventninger om å klare har direkte innflytelse både på utførelsen, innsatsen og utholdenheten av oppgaver/handlinger. En antar også at forventninger om å klare bestemte oppgaver blir påvirket av oppgavens vanskegrad, mål og pasientens ressurser som tidligere erfaringer, egen kompetanse og generell selvvurdering. Videre påvirkes den av forventninger fra andre og sykepleier må ta hensyn til disse elementene når de stimulerer til motivasjon (Eccles & Wigfield, 2002, Skaalvik & Skaalvik, 2005). En kan for eksempel anta at en person med type 2 diabetes er mer motivert til å gjøre livsstilsendringer, som å spise anbefalt kost eller trene, dersom han tror han vil klare å mestre disse livsstilsendringene. Sykepleiers rolle blir å støtte og veilede pasienten i å finne og nyttiggjøre seg egne ressurser.

Eccles & Wigfield (2002) poengterer at forventning om å klare og Banduras (1997) begrep mestringsforventning er tilnærmet synonyme begreper. Bandura legger vekt på personers vurdering av sin dyktighet til å organisere og utføre handlinger som kreves for å oppnå en god utførelse. Mestringsforventningen baseres på tidligere erfaringer, hva andre har mestret (modell-læring), muntlig overbevisning (verbal påvirkning) og fysiologiske tilstander. Han snakker om efficacy expectations som er forventninger om å lykkes og outcome expectations som står for personens forventning om hva en oppnår gjennom å utføre en bestemt aktivitet. Begge har betydning for motivasjon. Forventninger om mestring påvirker valg av handlinger, men også utholdenhet og innsats, altså motivasjon for aktiviteten. Når en person med type 2 diabetes må gjøre livsstilsendringer kan sykepleier for eksempel spørre pasienten om tidligere

erfaringer. Hvordan har de mestret tidligere når de har stått overfor utfordrende situasjoner? Sykepleier kan også spørre om pasienten kjenner noen som lever bra med sin diabetes og kanskje få råd og tips hos dem. I oppgaven velger jeg å bruke forventning om å klare og mestringsforventning som likeverdige begrep.

Forventning om å klare har betydning for adferd, tankemønstre og motivasjon og er bestemmende både når oppgavene vurderes som lette eller vanskelige. Vi har en tendens til å unngå oppgaver eller situasjoner som vi tror er for vanskelige til at de kan innfris. Har en liten forventning om å klare noe vil en raskere senke innsatsen eller gi opp når en møter problemer. De som har forventning om å klare noe har i større grad lyst til å gå løs på oppgaven og de vil ha større grad av utholdenhet når de møter problemer. En verdsetter oftest de oppgavene en tror en vil lykkes med (Lillemyr, 2007).

2.2.2 Verdier

Verdier (value) er definert som hvor viktig det er for en person om han klarer oppgaven eller ikke. Hvilken verdi eller kostnad har atferden for den enkelte (Wigfield & Eccles, 2000). Verdier av ulike oppgaver antas å bli påvirket av holdninger og forventninger fra for eksempel helsepersonell, foreldre, venner, ens sosiale rolle og selvoppfatning (Skaalvik & Skaalvik, 2005). Det vil være fordeler og ulemper ved de fleste oppgaver og kostnaden ved en oppgave er viktig å være klar over da den ofte eliminerer andre muligheter (Eccles & Wigfield, 2002). Personer med type 2 diabetes må gjennomføre krevende livsstilsendringer for å håndtere sykdommen i dagliglivet. Det kan føre til at de opplever konflikter mellom personlig mål eller behov og de krav egenbehandlingen fordrer. Egenbehandling som for eksempel fysisk aktivitet, endring av kost og medisinsk behandling kan konkurrere med andre gjøremål som er mer tiltrekkende og lystbetonte. Det kan for eksempel være kjekkere å lese en bok enn å trene. Sykepleier kan for eksempel gjennom refleksjon hjelpe pasienten å klargjøre fordeler og ulemper med handlinger som velges. Eccles & Wigfield og Wigfield & Eccles (2000, 2002) skiller mellom fire aspekter ved verdien av en oppgave. Det er betydningen av å gjøre det bra, indre verdi, nytteverdi og kostnad.

Betydningen av å gjøre det bra – er tett knyttet til selvoppfatning og defineres som viktigheten av å gjøre en bestemt oppgave godt. En person som føler seg flink i noe vil se større verdi i å utføre en oppgave enn en som er mindre flink. Utførelsen av oppgavene kan bidra til å bekrefte en viktig dimensjon av personens selvoppfatning (Eccles & Wigfield, 2002; Skaalvik

& Skaalvik, 2005). Sykepleier bør for eksempel kartlegge hvor viktig det vil være for personen med type 2 diabetes å oppnå ideal verdien for HbA1c.

Indre verdi – beskrives som gleden en person har av å arbeide med en bestemt oppgave og den interessen personen har av denne (Wigfield & Eccles, 2000). Eccles og Wigfield (2002) fremhever at indre verdi er synonymt med indre motivasjon og henviser til Ryan & Deci (2000) når de beskriver begrepet. Indre motivert adferd defineres som å utføre en aktivitet for interessens skyld og har sin egen belønning i form av glede over selve aktiviteten. Personen utfører oppgaven selv om det ikke medfører noen ytre belønning (Ryan & Deci, 2000; Skaalvik & Skaalvik, 2005). Ryan & Deci (2000) sier at forutsetningen for det aktive engasjementet eller den indre motiverte atferden er tre grunnleggende psykologiske behov. Det er behov for kompetanse, autonomi/selvbestemmelse og tilhørighet. Indre motivasjon handler om at mennesket er engasjert i aktiviteter som de synes er interessante og passe utfordrende. Lillemyr (2007) sier at teorier om indre motivasjon er sterkt forankret i selvpoppfatning som en grunnleggende indre kilde til motivasjon. En person med type 2 diabetes som er glad i være aktiv og trene vil trolig være indre motivert for å fortsette med trening. Aktivitet vil være lystbetont for denne personen. Sykepleier kan i dialogen med pasientene kartlegge aktiviteter som pasientene liker å holde på med og bevisst bruke denne kunnskapen i motivasjonsarbeidet.

Nytteverdi – viser til oppgavens betydning her og nå, men også til fremtidige planer. Hvis det å utføre og mestre oppgaver oppfattes som viktig for å nå fremtidige mål, har oppgavene høy nytteverdi selv om personen ikke er interessert i oppgaven for oppgavens skyld. Oppgaven kan være nødvendig for å nå et annet mål (Eccles & Wigfield, 2002). Dette kan også knyttes til ytre motivasjon som hos Ryan & Deci (2000). De sier at ytre motivasjon er styrt utenfra gjennom for eksempel ros og belønning og det er til dels dette som styrer aktiviteten. Det er ofte noe vi gjør fordi andre oppmuntrer oss, sier vi skal gjøre eller en føler en må gjøre. Drivkraften ligger utenfor en selv (Ryan & Deci, 2000). Ikke alle personer med type 2 diabetes er glad i å trene som i forrige eksempel, men en kan anta at noen trener fordi de vil unngå senkomplikasjoner. De ser da nytten av å trene selv om det ikke er det kjekkeste de gjør. Sykepleier kan støtte og veilede pasientene i viktigheten av å utføre slike aktiviteter.

Kostnad – er de negative aspektene en opplever ved å engasjere seg i en bestemt oppgave. Dess større verdi oppgavene en må velge bort har for personen, dess større kostnad er det. Når

en velger en aktivitet, velger en samtidig bort en annen (Eccles & Wigfield, 2002). For eksempel, i dag er det mer og mer vanlig å gå ut å spise sammen med venner eller familie. Maten som serveres er ikke alltid ”diabetesvennlig” og det kan være krevende for personer med diabetes at de ofte må velge annen type mat enn de andre. Det kan resultere at de ikke velger å bli med ut, eller de bare spiser det de andre får selv om det helseskadelig. Sykepleier kan hjelpe pasienten å se muligheter og sammen med pasienten finne måter å håndtere slik situasjoner på. Andre kostnader kan være engstelse knyttet til bestemte aktiviteter eller store anstrengelse knyttet til aktiviteten. Kostnader er det også når vanskegraden overstiger personens forutsetninger (Skaalvik & Skaalvik, 2005; Wigfield & Eccles, 2000).

Forventninger om å klare og opplevd balanse mellom verdi og kostnad er i sin tur påvirket av flere bakenforliggende forhold både ved personen (personfaktorer) og faktorer i miljøet (sosiale faktorer). Expectancy-value teori påpeker at motivasjon skapes i et samspill mellom disse faktorene (Eccles & Wigfield, 2002; Wigfield & Eccles, 2000).

Jeg vil videre beskrive hvordan jeg forstår personfaktorer og sosiale faktorer med utgangspunkt i expectancy-value teori (Eccles & Wigfield, 2002; Wigfield & Eccles, 2000).

2.2.3 Personfaktorer

Personer med type 2 diabetes må ha diabetesrelatert kompetanse for å forstå og kunne gjennomføre tiltak som egenbehandlingen krever (Helsedirektoratet, 2009). Kompetansen vil også ha betydning for den forventning personen har til seg selv om å kunne gjennomføre nødvendige tiltak, jmf forventning om å klare (punkt 2.2.1). Kunnskap om konsekvenser av god eller dårlig regulering av sykdommen vil trolig også påvirke den verdien som tillegges den diabetesregulerende atferden. Hvilke erfaringer og tanker personen med type 2 diabetes har om fremtiden kan frembringe både positive og negative følelser. Personens følelser, tanker og opplevelse av å leve med type 2 diabetes vil påvirke hvordan han mestrer alle kravene sykdommen fordrer. Det vil igjen ha konsekvenser for motivasjon (Lillemyr, 2007). Personens tidligere erfaringer kan også ha betydning for hvilke forventninger vedkommende har til å klare egenbehandling. Positive erfaring kan motivere til å stå på, mens negative erfaringer kan bidra til at en gir opp (Bandura, 1997). For å kunne gjennomføre krevende livsstilsendringer er det også viktig å jobbe etter mål som bestemmes av personen selv. Gjennom medbestemmelse kan en velge både kort- og langsiktige mål for å gjøre oppgavene

mulige å oppnå (Mabeck, 2005; Vifladt & Hopen, 2004). Å jobbe målrettet på denne måten kan gi en forventning om å klare egenbehandling og det kan påvirke verdien personen vektlegger diabetesrelaterte oppgaver.

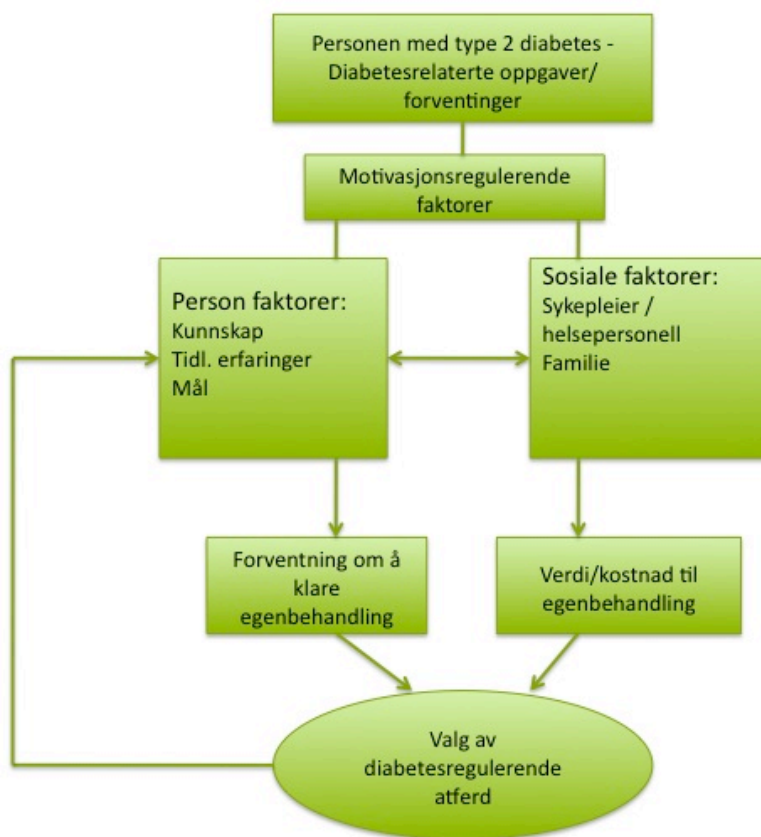
2.2.4 Sosiale faktorer

Motivasjon vil også påvirkes av andre personers meninger og holdninger. Hvor viktig personer med type 2 diabetes synes andres mening er eller hvilke innflytelse denne personen har, dess mer betydning får meningen (Bandura, 1997). Det kan påvirke motivasjonen for egenbehandling. Disse andre personene er familie, venner og kollegaer, men det kan også være helsepersonell eller andre med diabetes som personen med type 2 diabetes har en sosial relasjon til.

Helsepersonells holdninger, forventninger og atferd er av stor betydning for den støtten som gis til personer med type 2 diabetes. Støtte kan være både i form av undervisning og veiledning, men det er vel så viktig med den emosjonelle støtten og måten helsepersonell møter personen med type 2 diabetes på (Helsedirektoratet, 2009). Dette er en del av den motivasjonelle støtten. Sykepleierne har her en viktig rolle. Familien blir også påvirket av at et familiemedlem får type 2 diabetes. Familie er de som oftest er viktigst for oss når livet byr på utfordringer og de har stor innflytelse på hvordan vi handler (Kirkevold & Ekern, 2001). Venner og kollegaer er også en del av nettverket. Alle disse kan bidra med å være ”heiagjeng”, gi praktisk støtte og være med å skjerme mot belastninger som påvirker motivasjon slik at personen med type 2 diabetes kan ledes mot en livsstil som fremmer god helse. Andre personer med diabetes eller likemenn har kunnskaper og erfaringer om å leve med sykdommen, noe helsepersonell ikke har. Slik kompetanse er viktig å formidle til andre som har type 2 diabetes og det kan være lettere å identifisere seg med personer som er i samme situasjon som en selv (jmf Bandura punkt 2.2.1).

Som en oppsummering av expectancy-value teori vil jeg nedenfor i figur 1 presentere en modell som er inspirert av Eccles & Wigfield (2002). Denne modellen viser hvordan motivasjonsregulerende faktorer som personfaktorer og sosiale faktorer kan virke inn på forventninger personen med type 2 diabetes har om å klare egenbehandling, samt det påvirker verdien/kostnaden som personen med type 2 diabetes tillegger den diabetesregulerende

atferden. Dette er viktige faktorer som sykepleier bør ta hensyn til i motivering av egenbehandling av type 2 diabetes.



Figur 1 Teoretisk modell inspirert av Expectancy-value teori (Eccles & Wigfield 2002).

2.3 Hvordan kan sykepleier motivere en person med type 2 diabetes til egenbehandling gjennom pedagogiske prinsipper?

Expectancy-value teorien (Eccles & Wigfield, 2002) påpeker viktige aspekter som sykepleier bør forholde seg til når de stimulerer pasientene til motivasjon. Motivasjon kan ha stor betydning for læring og gjennom opplæring og veiledning kan sykepleier bidra til at pasienter med type 2 diabetes gjør selvstendige valg og får hjelp til mestre et liv med diabetes (Lillemyr, 2007). Jeg vil videre redegjøre for hvordan sykepleiere kan motivere pasienten til egenbehandling ved å bruke pedagogiske prinsipper som er inspirert av Hiim & Hippe (2009) og Vifladdt & Hopen (2004) sin beskrivelse av disse.

Å veilede innebærer å lytte, oppmuntre, ta den andres perspektiv og styrke personen slik at han/hun ser egne muligheter og er i stand til å møte de forventninger og krav som stilles (Vifladt & Hopen, 2004). Hayes & Kalmakis (2007) definerer veiledning slik:

”A custom fit, collaborative process based on trust, honesty and respect that is consciously designed to motivate people to attain specific goals that will improve their performance, enhance the quality of their lives, and improve health. Coaching functions are facilitating, applauding, supporting, motivating, providing feedback and helping a person to remain committed to achieving the goals he or she has set. Coaching requires ongoing support, regular session, and coachee set goals”(s.160).

Når en skal stimulere til motivasjon gjennom veiledning handler det egentlig om å vekke interesse slik at personen i stor grad motiverer seg selv (Vifladt & Hopen, 2004). Det kan gjøres gjennom å støtte selvstendighet, klargjøre struktur og vise engasjement. Sykepleier viser at hun bryr seg om personen med type 2 diabetes, og hun oppmuntrer til at hun vil høre på personens egne vurdering av sine opplevelser og erfaringer. Sykepleier anerkjenner og viser respekt for personens egne opplevelser og selvstendige valg. En kan kalle dette å jobbe etter en anerkjennende væremåte, der kommunikasjon er et viktig redskap (Lillemyr, 2007).

2.3.1 Støtte selvstendighet

Sykepleier støtter selvstendighet, valg av aktivitet og oppmuntrer til initiativ. Aktivitet er viktig for å lære og for motivasjon (Vifladt & Hopen, 2004). Sykepleier kan vise at det er flere måter å gjøre ting på ved blant annet å konkretisere. Kunnskap må gjøres praktisk for å være til nytte i hverdagen. Det kan for eksempel gjøres ved å vise hvordan ulike typer mat kan settes sammen, viktigheten av mosjon og hvordan være aktiv, hvordan måle blodsukker og beregning av insulin dose i forhold til mat og aktivitet. Sykepleier må vise at hun har tro på at det er mulig å skaffe seg nok kompetanse til å mestre oppgavene. Videre kan sykepleier sørge for at personen får en aktiv innflytelse ved at han setter mål og arbeider fremover mot disse med støtte fra sykepleier (Hiim & Hippe, 2009; Lillemyr, 2007).

2.3.2 Klargjøre struktur

Sykepleier må hjelpe personen til å få oversikt over hva egenbehandling innebærer. Det kan gjøres ved å tilføre diabetesrelaterte kunnskaper og ferdigheter, og hjelpe til å lage vaner og struktur i en ny hverdag (Lillemyr, 2007). Forståelse kan vokse fram gjennom problemløsning hvor en tar utgangspunkt i personen med type 2 diabetes sine erfaringer, forventninger og hva han ser som utfordringer. Veiledningen må tilpasses den enkeltes læreforutsetninger som kan

beskrives som pasientens fysiske, psykiske og sosiale ressurser (Vifladt & Hopen, 2004). Personer med type 2 diabetes har som alle tidligere kunnskaper, ferdighet og erfaringer med seg. Personens forutsetninger er avhengig av den enkeltes evner og anlegg og situasjonen de befinner seg i. Sykepleier må gi tilbakemelding og støtte personens følelse av å ha kontroll. Personen må roses for det han mestrer og kan på den måten oppdage at det nytter å prøve (Hayes, et al., 2008; Hiim & Hippe, 2009; Lillemyr, 2007). Bekreftelse er en sterk motivasjonsfaktor (Hayes, et al., 2008).

2.3.3 Vise engasjement

Det innebærer at viktige personer som for eksempel familie, venner og helsepersonell på ulike måter viser at de er interessert i det personen gjør og mestrer, og i personen som sådan. Det skaper tillit. En kan vise at en bryr seg og ønsker å involvere seg. Det kan gi en følelse av å høre til og bety noe (Vifladt & Hopen, 2004). Mennesker har behov for å oppnå samspill og føle tilhørighet med andre på en inkluderende og meningsfull måte. Å være sammen med andre i et trygt fellesskap er en viktig motivasjonsfaktor. God kommunikasjon er en forutsetning for god samhandling (Lillemyr, 2007). Sykepleier og personen med type 2 diabetes samarbeider for å nå et felles mål. Det handler om å gi og ta, og inngå kompromisser for å nå målene. Personen stimuleres til å gi uttrykk for meninger og opplevelser. Sykepleier er mer som en igangsetter for egenutvikling av personen. Personen er ekspert på eget liv med erfaring fra sykdommen og sykepleier er ekspert på kunnskap om sykdommen. I en god samhandling har de respekt for og utnytter de hverandres kompetanse (Funnell, 2004; Lillemyr, 2007).

2.4 Organisatoriske og kontekstuelle faktorer

I det følgende vil jeg peke på organisatoriske og kontekstuelle faktorer som kan påvirke sykepleiers mulighet til å motivere og veilede pasientene til å klare egenbehandlingen. De nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet, 2009) anbefaler at personer med type 2 diabetes hovedsakelig bør følges opp av primærhelsetjenesten, men ved dårlig regulert diabetes eller tilleggssykdommer kan en dele ansvaret mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Jenum, et al., 2008). Vedrørende organisering av primærhelsetjenesten anbefales at en eller flere medarbeidere, som sykepleiere, deltar aktivt i diabetesomsorgen som ved opplæring i egenmåling, bruk av insulin og råd om endring av levevaner (Helsedirektoratet, 2009; Jenum,

et al., 2008). I spesialisthelsetjenesten anbefales bruk av diabetesteam, der sykepleier har en viktig rolle i diabetesomsorgen. Arbeidet må organiseres slik at kontinuerlig drift sikres, en bør ha fast kontor og rutiner for god pasienttilgjengelighet via telefon, telefonsvar eller e-post bør sikres (Helsedirektoratet, 2009).

Kontrollhyppigheten bør individualiseres. Som en hovedregel anbefales enklere rutinekontroller hver 2.-6. måned med en grundigere kontroll minst en gang i året. Leger og sykepleiere kan samarbeide om kontrollene. Retningslinjene sier ikke noe om hvor lang konsultasjonstiden bør være, men anbefaler dobbelttime på årskontrollene (Helsedirektoratet, 2009). I Lov om spesialisthelsetjeneste (1999) er opplæring av pasienter og pårørende en av oppgavene for norske sykehus, men vil også være like viktig i primærhelsetjenesten. Sykepleiere har en viktig rolle i pasientopplæring og retningslinjene anbefaler hva den teoretiske opplæringen bør omfatte. En bør også ha fokus på praktiske utfordringer og følelsemessige aspekter ved det å leve med diabetes. I tillegg til individuell opplæring anbefaler retningslinjene at det tilbys opplæring i grupper (Helsedirektoratet, 2009). Den nasjonale strategi for diabetesområdet (Helse- og sosialdepartementet, 2006) sier det er viktig å sikre adekvat kompetanse hos helsepersonell på alle nivå i diabetesomsorgen. Sykepleier kan øke og vedlikeholde sin kompetanse gjennom ulike kurs hvor Norges Diabetesforbund er en viktig bidragsyter. Videre tilbyr Norsk Sykepleierforbund mulighet for fordypning innen diabetesområdet som ledd i en generell spesialutdanning, samt det er etablert videreutdanning innen diabetes (Helse- og sosialdepartementet, 2006). Sykepleiers erfaring og engasjement har også stor betydning for helsehjelpen de kan tilby (Benner, 1995).

Skal sykepleier ha mulighet til å motivere og veilede personer med type 2 diabetes til adekvat egenbehandling må det tilrettelegges for dette på arbeidsplassen slik det anbefales ovenfor. Det vil si at sykepleier må ha en selvstendig rolle i pasientopplæring, hun må ha egne konsultasjoner og oppfølging av pasientene, samt tid og lokaler avsatt til dette. Videre er det viktig å sikre at sykepleier har nødvendig kompetanse og dette kan besørges gjennom ulike kurser, hospiteringer og gjennom videreutdanning. I følge Claudi et al. (2008) synes det som om kvaliteten på diabetesomsorgen i allmennpraksis er blitt betydelig bedre i den siste femårsperioden. Dette gjelder både gjennomføringen av anbefalte kliniske prosedyrer, reduksjon av risikofaktorer og oppnåelse av behandlingsmål. En kan anta at sykepleiers deltagelse også er med på å bidra til dette.

3.0 METODE

Metode betyr ”veien til målet” (Kvale, 1997). Metode er en systematisk måte å gå fram på for å samle inn, organisere, bearbeide, tolke, analysere og presentere data. Det må gjøres på en slik måte at det er synlig for andre hva en har gjort i de ulike fasene i en undersøkelse (Polit & Beck, 2004).

I dette kapitlet presenterer jeg først hva som ligger til grunn for valg av kvalitativ metode. Deretter redegjør jeg for kvalitativ innholdsanalyse og min for forståelse. Videre presenterer jeg utvalget og metoder for datainnsamling og analyse. Kapitlet avsluttes med undersøkelsens reliabilitet og validitet, forskningsetiske vurderinger og metodeoverveielser.

3.1 Valg av kvalitativ tilnærming

Valg av metode har konsekvenser både for forskningsprosessen og hvordan resultatene tolkes (Jacobsen, 2005). Hva som er vitenskaplig virksomhet bygger på ulike oppfatninger av som er gyldig kunnskap. Det finnes derfor ulike vitenskapsteoretiske retninger som skiller seg fra hverandre både med hensyn til virkelighetssyn, kunnskapssyn og menneskesyn. Det er to hovedretninger, naturvitenskap og humanistisk. De ulike retningene ligger til grunn for hvilke metoder og design en studie har (Aadland, 2004). Naturvitenskapen betrakter fysikk som vitenskapens ideal. Årsaksforklaringer og det som kan telles, måles, veies er det som gir sikker kunnskap. Det assosieres med kvantitativ metode (Barbosa da Silva & Andersson, 1993). De humanistiske vitenskapene assosieres med kvalitativ metode da de forsøker å forstå og la det menneskelige subjektet få komme til ordet (Thornquist, 2003).

Forskningsdesign beskriver den strategi som velges for å innhente den informasjon som er nødvendig for å belyse problemstillingen (Polit & Beck, 2004). For å finne løsning på min problemstilling og forskningsspørsmål, var det naturlig å velge et kvalitativ design som har til hensikt å få fram hvordan mennesker opplever, fortolker og forstår en gitt situasjon. Hvorfor de handler som de gjør (Jacobsen, 2005). Det forsøkte jeg å få tak i ved å høre sykepleierne beskrive sine erfaringer, tanker, meninger og utfordringer. Det er de som i det daglige er i kontakt med personer med type 2 diabetes og deres ”stemme” kan gi økt kunnskap om valgt

tema. Kvalitative tilnærminger er åpne og fleksible og en konsentrerer seg oftest om få enheter. Forskeren får en nærhet til den/de undersøkte. Kvalitativ tilnærming forutsetter et holistisk syn på mennesket, og fenomener må forstås som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den spesielle sammenheng de inngår i (Jacobsen, 2005). Polit & Beck (2004) sier:

”The goal of most qualitative studies is to develop a rich understanding of a phenomenon as it exists in the real world and as it is constructed by individuals in the context of that world.” (s.247).

Denne studien er deskriptiv. Jeg ønsket å få innsikt i og beskrive hvordan sykepleiere både i primær- og spesialisthelsetjenesten stimulerer til motivasjon hos voksne med type 2 diabetes. En deskriptiv studie kan være hensiktsmessig når en skal beskrive, observere og dokumentere aspekter ved et fenomen og videre når en har få kunnskaper om et fenomen (Polit & Beck, 2004). Gjennomgang av tidligere forskning viser at det er gjort få studier om hvordan sykepleiere stimulerer nettopp denne pasientgruppen til motivasjon. Hva vektlegger de og hvilke faktorer mener de må være til stede for at det skal la seg gjøre å motivere denne gruppen til å oppnå tilfredsstillende egenbehandling? Det er derfor naturlig å velge et slikt design og jeg benyttet fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling (jmf. punkt 3.5).

3.2 Kvalitativ innholdsanalyse

Jeg har valgt kvalitativ innholdsanalyse for å kunne analysere funnene og dermed få svar på min problemstilling. Innholdsanalyse ble først utviklet på 1950-tallet som en metode for å analysere skriftlig, verbal eller visuell kommunikasjon, og den hadde et kvantitativt utgangspunkt (Elo & Kyngnäs, 2008). Metoden har blitt omdiskutert siden den har dette utgangspunktet, men innholdsanalyse brukes i dag både kvantitativt og kvalitativt. Kvantitativ innholdsanalyse brukes for eksempel ved forskning innen media. Kvalitativ innholdsanalyse brukes oftest innen sykepleieforskning og utdanning (Elo & Kyngnäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004).

Kvalitativ innholdsanalyse er ikke et entydig begrep, men en mengde ulike teknikker for systematisk dataanalyse. Det er en fleksibel metode, men det finnes ingen enkle ”bruksanvisninger” for å analysere data, noe som kan gjøre det utfordrende for forskeren (Elo & Kyngnäs, 2008). I en reviewartikkel presenterer Graneheim & Lundman (2004) en bred

oversikt over begrep knyttet til prosedyrer, tolkning og troverdighet i kvalitativ innholdsanalyse. De peker på felles karakteristika for de ulike teknikkene i metoden. Det er en styrke at metoden fokuserer både på subjekt og kontekst. En er opptatt av å finne likheter og ulikheter i datamaterialet som plasseres i koder og kategorier. Hensikten med analysen er å finne det manifeste og latente innhold. For å finne dette bygger en opp analysen i ulike trinn som består av analyseenhet, meningsenhet, kondensering, koder, kategorier og tema. Det manifeste innhold kan ses som et uttrykk for det hva som står i teksten, det synlige og åpenbare. I analyseprosessen vil meningsenheter, koder og kategorier oftest høre til det manifeste innholdet i teksten. Det latente innhold handler om den underliggende betydningen i datamaterialet og tema hører oftest til det latente innhold. Graden av tolkning varierer, manifest innhold er mer tekstnært og det latente budskapet inneholder høyere grad av tolkning. Det vil si at det manifeste og latente innhold analyseres ulikt med tanke på dybde og abstraksjonnivå. (Graneheim & Lundman, 2004). Å skape kategorier er i følge Graneheim & Lundman (2004) kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse. Alle relevante data skal kategoriseres. I denne studien har jeg latt meg inspirere av Graneheim & Lundmans (2004) forståelse av kvalitativ innholdsanalyse og dataanalysen presenteres nærmere i punkt 3.6.

3.3 Forforståelse

Forforståelse er et sett av forutinntatte holdninger og meninger vi bringer med oss for finne mening i en tekst eller i en handling. Filosofen Hans Georg Gadamer (1900-2002) introduserte begrepet. Han mente vi ikke kunne møte verden uten ett sett med ”briller” som hjelper oss å finne et system, en orden eller meningen i det vi står overfor. Som forsker må jeg bevisstgjøre min forståelse og redegjøre for denne (Aadland, 2004).

Min yrkesbakgrunn er sykepleier, kreftsykepleier, avdelingssykepleier og lærer ved Universitet. Erfaringene jeg har tilegnet meg fra disse arbeidsforholdene har påvirket min forforståelse. Jeg har mest erfaring som kreftsykepleier. Tidligere jobbet jeg med pasienter med type 1 diabetes og synes det var en spennende gruppe. Min erfaring med type 2 diabetes er sparsom. Min interesse for motivasjon har jeg derimot fra alle mine arbeidsforhold og har erfart at motiverte personer gjør en god jobb og mestrer utfordrende livssituasjoner. Siden min erfaring med type 2 diabetes er begrenset, har jeg lest meg opp på tema, samt om forskningsmetoder som også har påvirket min forforståelse. For å lære om pasientgruppen har

jeg snakket med personer som jobber med dem utenom deltakerne i studien, men ikke med pasienter selv. Min manglende praktiske erfaring med pasienter med type 2 diabetes kan både ha fordeler og ulemper. Det kan tenkes at noen momenter i intervjuguiden er lite uttalt, samtidig som manglende erfaring kan ha ført til at jeg har sett på tema med nye øyne. Jeg har brukt min kunnskap og erfaring fra ”kreftpasientene” som forforståelse da både kreft og type 2 diabetes er sykdommer en må leve med over tid og krever at en må tilpasse seg et endret levesett.

3.4 Valg av informanter

Studiens deltakere er sykepleiere som i det daglige jobber med personer med type 2 diabetes både i primær- og spesialist helsetjenesten. Jeg ønsket et utvalg som hadde erfaring med personer med type 2 diabetes. Siden utvalget i kvalitative design er små er dette utvalget et hensiktsmessig utvalg. Det vil si at sykepleierne som deltok måtte ha kunnskap og erfaring om studiens tema (Halkier, 2002; Polit & Beck, 2004). Jeg intervjuet 10 sykepleiere som var fordelt på to fokusgrupper.

3.4.1 Inklusjonskriterier

Sykepleierne som deltok måtte ha erfaring med å motivere, veilede og støtte personer med type 2 diabetes. Det måtte inngå som en del i eller relasjon til deres nåværende jobb, og de måtte minst ha 1 års erfaring med personer med type 2 diabetes. Både de med eller uten videreutdanning i diabetessykepleie kunne delta. Sykepleierne kunne jobbe både i spesialist- og primærhelsetjeneste da temaet er like aktuelt i ulike nivå av helsetjenesten. Deltakerne måtte beherske godt norsk da de skulle delta i samtale i en fokusgruppe.

3.4.2 Rekruttering av deltakere

For å finne deltakere henvendte jeg meg til ressurspersoner innen fagfeltet for å få tips om hvordan jeg kunne finne aktuelle kandidater. Krueger & Casey (2000) sier det er viktig å oppsøke personer en vet kan gi informasjon en vil ha nytte av i de ulike fasene i et prosjekt. Først tok jeg kontakt med avdelingssykepleier ved endokrinologisk poliklinikk på et sykehus, som kjenner fagfeltet veldig godt. Jeg fikk navn på sykepleiere som kunne være aktuelle

kandidater. Videre tipset hun meg om å delta på medlemsmøtet til Fagforeningen for diabetessykepleiere (FFD) for å presentere prosjektet mitt der. Jeg tok kontakt med lederen, og styret i FFD gav meg tillatelse til dette. Jeg presenterte prosjektet mitt på deres medlemsmøte. I tillegg delte jeg ut skriftlig informasjon om studien med mitt telefonnummer og mailadresse slik at de som ønsket å delta kunne ta kontakt med meg der og da, eller i etterkant (vedlegg 1). Jeg fikk nå flere aktuelle kandidater. Kandidatene tok jeg selv kontakt med på telefon. Jeg spurte også dem om de hadde forslag til andre sykepleiere med kunnskap og erfaring om mitt tema. Jeg fikk noen forslag og tok deretter kontakt med disse sykepleierne. På denne måten fikk jeg flere aktuelle kandidater, men måtte jobbe hardt for å få nok deltakere. De aktuelle sykepleierne jobbet selvstendig, var spredt på ulike steder og var oftest alene diabetesressurs på sitt arbeidssted. De som ønsket å delta fikk tilsendt et generelt informasjonsskriv om undersøkelsen på mail eller pr. post (vedlegg 2).

Jeg fikk til sammen 13 deltakere som gav skriftlig samtykke om å delta i studien. Alle var kvinner og 20% hadde videreutdanning i diabetessykepleie. Tre jobbet i spesialisthelsetjenesten, to jobbet i hjemmesykepleien og åtte jobbet på helse/legesenter. De hadde mellom 5 – 41 års erfaring som sykepleiere, gjennomsnitt på 22 år og mellom 2-39 års erfaring med type 2 diabetes, gjennomsnitt på 13 år. Jeg fordelte deltakerne i to fokusgrupper. To trakk seg senere av ulike private årsaker og en møtte ikke opp. Den ene fokusgruppen bestod av seks deltakere, den andre av fire (vedlegg 3).

3. 5 Datainnsamling

3.5.1 Fokusgruppeintervju

Jeg valgte fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Fokusgruppeintervju er spesielt godt egnet når man vil undersøke erfaringer, handlinger og motivasjonen om et tema. Hensikten er å tilføre forskeren ny kunnskap (Halkier, 2002; Krueger & Casey, 2000). Når gruppedeltakerne snakker sammen inspirerer de hverandre til å tenke igjennom forskjellige sider ved temaet som diskuteres. Ved å lytte til samtalen kan man også få assosiasjoner som belyser temaet. En oppnår en synergieffekt da deltakerne responderer på hverandres spørsmål og innspill. Det skjer en interaksjon mellom deltakerne som kan gi mer verdifulle data enn om

en hadde intervjuet dem en og en (Barbour & Kitzinger, 1999; Krueger & Casey, 2000; Polit & Beck, 2004). Barbour & Kitzinger (1999) sier:

”Instead of asking question of each person in turn, focus group researchers encourage participants to talk to another: asking questions, exchanging anecdotes, and commenting on each others experiences and points of view. At the very last, research participants create an audience for one another” (s.4).

Morgan (1996) definerer fokusgrupper som *”research technique that collects data through group interaction on a topic determined by the researcher (s.130)*. Definisjonen viser til tre viktige aspekter: For det første er dette en forskningsteknikk som har til hensikt å samle inn data i forskningsøyemed. For det andre handler det om at datainnsamlingen skjer gjennom en gruppeinteraksjon. Det tredje aspektet er at temaet for fokusgruppen er bestemt av forskeren. I min undersøkelse innebærer det at jeg formelt inviterte sykepleiere til en gruppe for å diskutere hvordan sykepleiere stimulerer til motivasjon hos personer med type 2 diabetes for å oppnå tilfredsstillende egenbehandling.

Antall fokusgrupper er ikke eksakt. Litteraturen anbefaler tre-fem grupper, men det anbefales også å holde antallet for et prosjekt på det minimale. Jeg hadde to fokusgrupper da litteraturen sier at to grupper er akseptabelt for mindre prosjekter som for eksempel en masteroppgave (Morgan & Scannell, 1998). Det var også utfordrende å finne nok deltakere. Litteraturens anbefalinger er fra 6-10 deltakere, men den kan være både mindre og større. En må ha nok deltakere til å få i gang en diskusjon og alle må få komme til ordet (Barbour & Kitzinger, 1999; Halkier, 2002; Morgan & Scannell, 1998). Jeg mener jeg hadde nok deltakere, tross frafall, da deltakerne i begge gruppene var ivrige og de delte av sine erfaringer, tanker, meninger og utfordringer.

3.5.2 Utarbeidelse av intervjuguide

Intervjuguiden utarbeidet jeg med utgangspunkt i teori, tidligere forskning og forskningsspørsmålene. Fog (2004) påpeker hvor viktig det er å gjøre et grundig forarbeid til det feltet man skal undersøke. Det finnes ulike modeller å lage en intervjuguide på. En løs modell hvor en har få og brede/åpne spørsmål og en stram modell med flere og mer spesifikke spørsmål (Halkier, 2002). Jeg valgte en halvstrukturert intervjuguide der forskningstema er fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av spørsmålene kan bestemmes underveis (Kvale, 1997).

Dette valgte jeg fordi jeg syntes det var viktig å stille omtrent de samme spørsmålene til begge gruppene. Det gav meg samtidig en større trygghet og sikkerhet for at alle tema jeg ønsket ble belyst. Jeg støttet meg til Krueger & Casey (2000), Kvale (1997) og Morgan & Scanell (1998) ved utarbeidelse av intervjuguiden. Jeg brukte også Nøtnes (2001) sitt eksempel på hvordan en intervjuguide konkret kunne bygges opp. Morgan & Scannell (1998) fraråder for mange spørsmål, da det kan forhindre en fruktbar diskusjon. Jeg hadde fem hovedspørsmål ut fra tema jeg ønsket belyst og hadde støttespørsmål til hvert av dem. Disse handlet i hovedsak om hvilke tanker og erfaringer sykepleiere har om personer med type 2 diabetes forventning til sykdom og behandling. Videre om den betydning kompetanse, selvbestemmelse og sosial støtte har for motivasjon. Intervjuguiden var bygd opp av introduksjonsspørsmål og innledningsspørsmål. Dette var lette spørsmål som alle kunne svare på og hensikten var å komme i gang. Deretter kom nøkkelspørsmålene som omhandlet tema jeg ønsket besvart. Tilslutt stilte jeg oppsummeringss spørsmål som sikrer at jeg hadde oppfattet korrekt det som var blitt sagt, samt få frem andre betydningsfulle områder som deltakerne tidligere ikke har fått belyst (Krueger & Casey, 2000)(vedlegg 4).

3.5.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Jeg møtte fokusgruppene en gang. Dagene før fokusgruppeintervjuene forberedte jeg meg ved å lære intervjuguiden utenat og ved å lese meg opp på intervjuteknikk, moderatorrollen, råd og tips i forbindelse med dette slik Krueger & Casey (2000) anbefaler. Deltakerne hadde fått tilsendt kart og forklaring på stedet der fokusgruppeintervjuene skulle gjennomføres, samt mitt telefonnummer og mailadresse. To dager før fokusgruppeintervjuene sendte jeg sms eller mail til deltakerne for å minne dem om avtalen (Halkier, 2002; Krueger & Casey, 2000; Morgan & Scanell, 1998).

3.5.4 Rollen som moderator

Moderator, også kalt møteleder, er den som leder fokusgruppen. Moderator skal drive diskusjonen i fokusgruppen fremover ut fra temaene som skal diskuteres, men skal først og fremst lytte til deltakerne. Mye av litteraturen jeg har lest sier at fokusgrupper krever en erfaren moderator da fokusgrupper er en relativt avansert form for intervju (Barbour & Kitzinger, 1999; Halkier, 2002; Krueger & Casey, 2000 #75; Morgan & Scanell, 1998). Det

er særs viktig at moderator har respekt for deltakerne, deres kunnskap og erfaringer (Barbour & Kitzinger, 1999; Halkier, 2002; Krueger & Casey, 2000). Selv om jeg har god erfaring i ledelse og med veiledning av ulike typer grupper, var jeg uerfaren som moderator for fokusgrupper. Jeg var noe skeptisk og svært spent på om jeg mestret dette. Jeg forberedte meg ved å lese litteratur om hvordan en skulle intervjuer både generelt og i fokusgruppe. Kvale (1997, s. 92) sier: *"Man lærer å bli en god intervjuer gjennom å intervjuer"*.

Jeg hadde med observatør og hjelper grunnet manglende erfaring og anbefaling fra litteraturen. Krueger & Casey (2000) kaller det moderatorassistent og oppgaven denne har er å ta notater underveis, ha ansvar for eller være behjelpelig med tekniske og/eller praktiske ting. Når en er to vil en lettere få med seg respondentens opplevelser og forståelse ikke bare gjennom ord, men også gjennom tonefall, ordvalg og kroppsspråk (Halkier, 2002). Jeg hadde med mine veiledere som moderatorassistenter. En på hvert fokusgruppeintervju. Begge har erfaring med fokusgrupper fra tidligere. Vi snakket sammen på forhånd hvordan jeg ønsket å bruke dem slik at rollene var avklart. De tok notater, stilte noen få spørsmål underveis og etter intervjuet hadde vi en samtale der vi gikk gjennom hovedinntrykket av det som ble diskutert både verbalt og non-verbalt, metoden og selve gjennomføring av intervjuet. Etter første fokusgruppeintervju snakket vi også hva jeg burde endre eller ha mer fokus på ved neste intervju. Det dreide seg i hovedsak om at jeg burde oppmuntre deltakerne til å komme med flere eksempler.

3.5.6 Lokaler og teknisk utstyr

Jeg gjennomførte fokusgruppeintervjuene på et nøytralt og uforstyrret sted slik det anbefales. Konteksten intervjuet utføres i kan få både positive og negative konsekvenser for måten de svarer på. Lokalitetene bør møte behovene både til deltakere og forskere (Halkier, 2002; Kvale, 1997). Deltakerne satt ved et ovalt bord slik at de kunne se hverandre ansikt til ansikt. Moderatorassistent og jeg satt i hver vår ende. På forhånd hadde jeg ordnet med forfriskninger for å skape en god atmosfære og for at de skulle kjenne seg velkomne og i varetatt slik det anbefales (Krueger & Casey, 2000).

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på kveldstid og vi fikk snakke sammen uforstyrret. Jeg brukte ca. 2 timer på hvert intervju (Halkier, 2002; Krueger & Casey, 2000; Morgan &

Scanell, 1998). Jeg benyttet diktafon for å få med alt respondentene sa. Jeg hadde innhentet tillatelse fra informantene om bruk av denne (Jacobsen, 2005). Opptaket hadde god kvalitet.

3.5.7 Intervjusituasjonen

Fokusgruppene hadde deltakere fra både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Gruppesammensetningen er av betydning for å generere en god diskusjon. Personer som er ”like” hverandre og har lignende erfaringer som dem selv, har lettere for å snakke sammen (Halkier, 2002; Krueger & Casey, 2000; Morgan & Scanell, 1998). Tross ulikt arbeidssted mente jeg at sykepleierne likevel vil ha en erfaringsbakgrunn som de andre i gruppen vil kjenne seg igjen i, og dermed kunne generere en fruktbar samtale.

Intervjudagen ble deltakerne møtt av moderatorassistent og meg og fulgt til rommet vi skulle være. Småprat for å starte en god atmosfære startet allerede der. De fleste deltakerne var ukjente for hverandre men snakket ivrig sammen, stemningen var lett og ledig hele tiden og de var lite preget av ”stundens alvor.” Halkier (2002) sier at introduksjon er noe av det viktigste i fokusgrupper. Det er da en skaper det sosiale rom for interaksjonen mellom deltakerne. Jeg ønsket dem velkommen, presenterte meg selv og moderatorassistent og våre roller. Innledningsvis ”ufarliggjorde” jeg situasjonen ved å si at det ikke var noen riktig eller gale svar, men at det var samtalen og diskusjonen rundt temaet som var det viktige. Videre presenterte jeg studien, dagsorden, deres rolle, tekniske hjelpemidler og presiserte betydningen av konfidensialitet og taushetsplikt (vedlegg 5). Jeg kalte fokusgruppeintervjuet for en samtale for å gjøre det mest mulig uformelt (Krueger & Casey, 2000).

Jeg startet med å stille innledningsspørsmål som var av generell karakter. Da spurte jeg om de kunne fortelle hva de het, hvor de jobbet, hvor lenge de har jobbet som sykepleiere og hatt interesse for type 2 diabetes. Dette for å få dem i gang med å snakke og det var noe alle kunne si noe om (Halkier, 2002; Krueger & Casey, 2000). Deretter gikk jeg over til hovedspørsmålene hvor jeg blant annet spurte om sykepleierne kartla pasientens motivasjon for endring og hva de gjorde for å hjelpe pasienten i å mestre type 2 diabetes. Jeg synes begge fokusgruppeintervjuene gikk fint. Deltakerne var ivrige og hadde mye på hjertet. Det var en god diskusjon i begge gruppene, selv om noen var mer aktive enn andre. For å få alle med henvendte jeg meg til den enkelte for å få deres synspunkt og erfaringer. Det var ikke alltid

like enkelt å holde fokus på tema. Jeg måtte gripe inn noen ganger for å få dem på ”rett spor”. Dette er en viktig rolle for moderator og fungerte greit (Halkier, 2002; Krueger & Casey, 2000). Jevnlig foretok jeg en oppsummering av hva de hadde sagt for å forsikre meg om at jeg hadde oppfattet dem riktig. I følge Kvale (1997) bør intervjuer i løpet av intervjuet forsøke å verifisere sine tolkninger av svarene.

Avslutningsvis ble deltakerne spurt om de var noe mer de ville si, og/eller om det var tema de synes manglet eller ønsket å få bedre belyst. De hadde ikke mer å tilføye. Jeg foretok en kort oppsummering tilslutt da jeg underveis hadde forsikret meg om at jeg hadde oppfattet dem korrekt (Halkier, 2002).

3.6 Dataanalyse

I kvalitativ metode er det ikke klart skille mellom datainnsamling og analyse. Søking etter viktige tema eller kategorier starter i det øyeblikket en begynner å samle data. Det kan være vanskelig å finne metoder som presenterer funn og gjør validitet og etterprøvbarhet synlig (Polit & Beck, 2004). Jeg har, som tidligere nevnt, latt meg inspirere av Graneheim & Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse (punkt 3.2). Datamaterialet bestod av 65 maskinskrevne sider fra fokusgruppeintervjuene, samt nedtegnelser som ble gjort underveis og etter hvert fokusgruppeintervju. Analysen vart utført i forhold til flere trinn hvor både det manifeste og latente innhold ble belyst. Jeg delte først dataene inni ulike meningsenheter, kondenserte meningsenheter og koder. Videre ble kodene som handlet om samme emne, sortert i under- og hovedkategorier. Videre presenteres hvordan analysen ble gjennomført.

Analyseenheten var fokusgruppeintervjuene. Hvert fokusgruppeintervju tok to timer så jeg hadde en mengde rådata på lydfil, samt notater som moderatorassistent hadde skrevet. Jeg transkriberte intervjuene selv for å få dataene på ”innsiden”. For å kunne gjøre akademiske analyser er man nødt til å gjøre dataene skriftlig for å få oversikt over dem, sier Halkier (2002). Transkripsjon innebærer oversetting fra et muntlig språk til et skriftlig språk der begge har egne regelsett. Jeg skrev ut intervjuet i bokmål og ikke på dialekt for å gjøre det mer forståelig å lese. Muntlig språk er også veldig forskjellig fra skriftspråket. Det kan derfor være vanskelig å få en korrekt transkripsjon, derfor brukte jeg mye tid på å få det skriftlige språket så nær opp til det muntlige som mulig (Kvale, 1997). Deltakerne anonymiserte jeg.

Når det var spesiell stemning i gruppen noterte jeg dette i parentes. Det gjorde jeg også hvis det var få eller mange som var enig/uenig i de ulike beskrivelsene. Dette var nyttig under analysen. Jeg hadde en uke mellom første og andre intervju. Uken brukte jeg til å transkribere første intervju. Dette synes jeg var nyttig og ga meg en pekepinn på hva jeg burde ha mer i fokus på i det andre intervjuet.

Etter transkribering av intervjuene, las jeg gjennom intervjuene flere ganger for å bli kjent med teksten og finne/identifisere meningsenhetene. Det vil si ord eller fraser som sier noe om hva sykepleierne vektlegger når de motiverer personer med type 2 diabetes, samt hvilke faktorer som sykepleierne mener har betydning for motivasjon. Deretter sorterte jeg disse slik at de som hadde noe felles ble plassert sammen. Dette var en grovsortering og jeg laget tabeller hvor jeg plasserte disse sammen. Problemstilling, forskningsspørsmålene og intervjuguiden hadde jeg i bakhodet og de spilte en rolle for enhetene som ble plassert sammen. Teksten ble så kondensert eller fortettet. Det gjorde teksten kortere men den beholdt kjernen av budskapet. Det gjorde det lettere å lese. Videre laget jeg koder som beskrev hva dette handlet om. Det vil si jeg samlet meningsenhetene som hørte sammen med hva sykepleierne vektlegger for å stimulere til motivasjon, samt de faktorer sykepleierne mener er viktig for å kunne motivere. Disse ble plassert i nye tabeller. Jeg prøvde meg frem med ulike måter kodene kunne passe sammen på. Flere av kodene passet flere steder for eksempel pasientens motivasjon for endring, pasientopplæring, sykepleiers kompetanse, skape relasjoner og medbestemmelse. Det ble nye runder med en del fundering og prøving. Flere fellestrekk dannet seg etter hvert og kodene som hørte mest naturlig sammen ble plassert i underkategorier Det er det manifeste innhold. Disse dannet basis for hovedkategoriene og jeg endte opp med tre hovedkategorier. ”Å danne seg et bilde av pasientens motivasjon for endring”, Å styrke pasientens tro på å klare egenbehandling av type 2 diabetes” og ”Organisatoriske og kontekstuelle forhold på arbeidsplassen”. Dette velger jeg å kalle det latente innhold (se tabell 1 s.38).

3.7 Validitet og reliabilitet

Forskningsresultater skal være så troverdig som mulig og alle undersøkelser må evalueres i henhold til de prosedyrer som er brukt for å komme frem til funnene (Graneheim & Lundman, 2004). Reliabilitet og validitet er begreper som brukes for å vurdere troverdigheten i en studie.

Begrepene er mest brukt i kvantitativ forskning men begrepene brukes også i kvalitative studier (Kvale, 1997). Reliabilitet fokuserer på instrumentet og dets nøyaktighet, mens validitet er en kvalitetskontroll og et virkemiddel som fokuserer på forskningsarbeidets troverdighet og gyldighet (Kvale, 1997). Siden forskeren er selv instrumentet i kvalitativ forskning, henger reliabilitet og validitet nært sammen. Jeg velger derfor å bruke disse begrepene når jeg redegjør for denne undersøkelsens troverdighet.

Med validitet spørres det om det faktisk er undersøkt det en påstår en har undersøkt (Kvale, 1997). I undersøkelser med fokusgrupper handler validitet om å gjøre et systematisk ”håndverk” og gjøre det tilgjengelig for andre, samt at en argumenterer analytisk overbevisende nok til at andre aksepterer resultatene, sier Halkier (2002). I denne oppgaven blir validitet ivarettatt ved at jeg først har jobbet grundig med forarbeidet for å få innsikt i temaet. Jeg har lest metode, teori og studier både om motivasjon og type 2 diabetes. Dette arbeidet var viktig for å velge relevant design som jeg mener denne studien har. Videre var forarbeidet viktig for å utarbeide en relevant intervjuguide og det virket som informantene synes denne var relevant ut fra svarene de gav. I kvalitative studier er det få personer som blir intervjuet, men informasjonsrikdommen er stor. Med et hensiktsmessig utvalg på 10 sykepleiere søkte jeg etter informanter som kunne belyse min problemstilling. Utvalget er et viktig grunnlag for gyldigheten av funn og tolkning (Jacobsen, 2005). Informantene som deltok i studien var erfarne sykepleierne som hadde jobbet i mange år med type 2 diabetes. De delte villig sin kunnskap. Det vil styrke gyldigheten på dataene. Jeg valgte fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode og hadde to fokusgrupper som jeg møtte en gang. Det kan forsvares ut fra litteraturen (Morgan & Scannell, 1998), men jeg hadde fått større datatilgang og trolig en bedre validering hvis jeg hadde møtt gruppene to ganger. Deltakerne hadde hatt mer tid til refleksjon mellom gang en og to som trolig kunne gitt mer utfyllende data. Det var likevel hensyn til tid og ressurser som ble avgjørende når jeg valgte å møte fokusgruppene en gang.

Reliabilitet henviser til hvor pålitelig resultatene er. Påliteligheten handler om hvor godt håndverk en har utvist i løpet av undersøkelsen. (Kvale, 1997). Min manglende erfaring som forsker kan påvirke resultatet og jeg har i denne undersøkelsen prøvd å være nøyaktig og synliggjøre de ulike fasene slik at andre kritisk kan vurdere dette. Jeg har diskutert hvert trinn med mine veiledere som har kommet med nyttige innspill. Hvorvidt en undersøkelse er pålitelig knyttes spesielt til hvordan forskeren opptrer som instrument (Kvale, 1997). Jeg

hadde ikke intervjuet tidligere i forskningssammenheng og synes det var krevende. Innledningsvis i fokusgruppeintervjuene vektla jeg å presisere min rolle som forsker og student, og gi en god presentasjon av studien. Videre la jeg vekt på å følge en halvstrukturert intervjuguide både for å sikre meg svar på temaer jeg ønsket, men også for å hjelpe meg å holde struktur og sørge for at de samme spørsmålene ble stilt til begge fokusgrupper. Jeg mener jeg lyktes med dette. Deltakerne delte raust av sine erfaringer, meninger og opplevelser den gangen vi møttes. Jeg har forsøkt å transkribere så nøyaktig som mulig og jeg har brukt sitater for at deres ”stemme” skal høres. Det kan styrke gyldigheten, men min manglende erfaring med transkribering og kategorisering kan ha medført at andre ville valgt andre koder og kategorier enn jeg har gjort. Dette bør en ta høyde for når en vurderer resultatene. Jeg har også kontrollert min egen oppfatning underveis i fokusgruppeintervjuene slik Kvale (1997) anbefaler ved å spørre om ”har jeg forstått deg riktig...?” og ”slik jeg oppfatter det du sier...” og tilslutt hadde jeg en kort oppsummering. At intervjuene var åpne og interaktive kan være med på å øke gyldigheten av datamaterialet (Kvale, 1997).

I følge Kvale (1997) har et sterkt nøytralitetskrav resultert i at det stilles for få ledende spørsmål. For å holde samtalen innenfor aktuelle temaer har jeg brukt ledende spørsmål og mener det har vært med på å tilføre data om tema jeg ønsket og har lettet analysen. Jeg ønsket at deltakerne skulle komme med flere eksempler fra sitt arbeid enn de gjorde. Der var jeg nok for lite pågående og det kan ha gjort at jeg gikk glipp av en noe data. Min forforståelse kan også påvirke resultatet og jeg har derfor gjort rede for denne. Jeg har vært bevisst min manglende erfaring med forskningsfeltet og har derfor prøvd å se på datamaterialet med nysgjerrige øyner som ikke har vært preget av tidligere meninger og forståelser av hvilke utfordringer sykepleierne har i møte med pasienter med type 2 diabetes.

Det er viktig å ta stilling til i hvilken grad resultatene er overførbare til andre situasjoner enn den undersøkelsen er utført på (Polit & Beck, 2004). Det er ønskelig at beskrivelser og funn skal kunne overføres til flere og i andre sammenhenger enn de er opprinnelig hentet fra (Jacobsen, 2005). Selv om denne undersøkelsen ikke er generaliserbar, anser jeg den kan være overførbart til sykepleiere som jobber med personer med type 2 diabetes eller andre kroniske sykdommer. Sykepleierne i studien hadde rike erfaringer som de delte i fokusgruppeintervjuene. De peker på noen viktige faktorer som er vesentlig når de skal stimulere til motivasjon hos personer med type 2 diabetes for å oppnå tilfredsstillende egenbehandling. Det kan øke kunnskapen og gi en innsikt som kan være verdifull for

sykepleierne i det praktiske arbeid med denne pasientgruppen. Det var også hensikten med denne studien

3.8 Etiske avveininger

Å anvende andre menneskers opplevelser, erfaringer og kunnskaper som forskningsmateriale har en rekke etiske aspekter. Undersøkelsen er utført i henhold til Helsinki- deklarasjonen og etiske retningslinjer for forskning på mennesker (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2006; Jacobsen, 2005). Jeg legger til grunn tre hovedprinsipper for etisk forsvarlig forskning: Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i undersøkelsen.

Alle informantene i studien deltok på frivillig grunnlag. De fikk både muntlig og skriftlig informasjon om undersøkelsens hensikt, metode og bruk av data (vedlegg 2).

Informasjonsbrev ble tilsendt med samtykkeskjema og frankert konvolutt for å returnere samtykkeskjemaet. Informasjonen ble også gjentatt intervjudagen og det ble presisert at deltagelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg.

Denne studien utføres ikke på pasienter eller pårørende og trenger da ikke godkjenning fra Regional Etisk Komite (REK). Krav om personvern er viktig og det ble søkt godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD) som gav tillatelse til gjennomføring av undersøkelsen (vedlegg 6). Konfidensialiteten kan ikke garanteres i fokusgrupper da deltakerne i gruppen kan spre informasjon om andre i gruppen som de har fått gjennom fokusgruppeintervjuene. I forkant av fokusgruppeintervjuet presiserte jeg at det som fremkom i denne sammenheng ikke skulle bringes videre (Halkier, 2002). Anonymitet kunne derimot bli ivarettatt. Deltakerne ble ikke gjengitt ved navn eller noen annen kode under transkribering av fokusgruppeintervjuene og kunne dermed ikke identifiseres. Samtykkeerklæringer, lydbåndopptakene og transkribert materiale ble oppbevart hver for seg i låst skap. Opptak blir slettet og datamaterialet makulert når masteroppgaven er bestått.

Som forsker har jeg ansvar for å vurdere konsekvensene for personer som deltar i undersøkelsen. Under fokusgruppeintervjuene måtte jeg sørge for at sykepleierne følte seg ivarettatt og at deres meninger og erfaringer var betydningsfulle for studien. Jeg mener jeg klarte dette da informantene gav uttrykk for de syntes studiens tema var interessant og

spennende og de delte villig sine erfaringer. De ønsket å få tilsendt masteroppgaven når den var bestått og de ønsket at jeg måtte legge frem resultatene på deres medlemsmøte i Fagforeningen for diabetessykepleiere. Dette opplevde jeg som en positiv tilbakemelding og tolket det som et tegn på at forskningsfeltet syntes studien var interessant.

3.9 Metodeoverveielser

Jeg valgte fokusgruppeintervju som forskningsmetode. En hver forskningsmetode har sine muligheter og begrensninger. Litteraturen påpeker generelle styrker og svakheter ved bruk av fokusgrupper som den enkelte forsker må ta med i sine overveielser og valg (Halkier, 2002).

Fokusgrupper er som nevnt spesielt godt egnet når en vil undersøke erfaringer, handlinger og tanker omkring et tema, men er lite egnet til å produsere data om for eksempel personers livsverdener (Krueger & Casey, 2000). Jeg var ute etter sykepleiers erfaringer, tanker og utfordringer når de stimulerte til motivasjon for å oppnå tilfredsstillende egenbehandling hos personer med type 2 diabetes og mener metoden nettopp var egnet til dette formål. En styrke ved fokusgruppeintervju er at deltakerne gjennom samtalen kan respondere på hverandres spørsmål og innspill (Morgan, 1996). Respondentene i studien var aktive og delte ivrig sine erfaringer og meninger med hverandre. Det gav trolig mer utdypende data enn om jeg hadde intervjuet dem en og en. En svakhet ved metoden kan være press mot konsensus. Det vil si at deltakerne ikke ønsker dele sine erfaringer eller utfordringer dersom en har ulike synspunkter. Andre svakheter kan være at enkelte stemmer blir for dominerende eller at samhandlingen i gruppen føles utrygg. Det kan også være utfordrende å få alle til å uttrykke deres synspunkter (Halkier, 2002).

Jeg la vekt på å skape en god atmosfære og opplevde gruppene som trygge. Ingen respondenter var spesielt dominerende. Jeg henvendte meg til den enkelte hvis noen ble for passiv. I fokusgrupper kan det være vanskeligere å fange innholdet i samtalene sammenlignet med individuelle intervjuer (Krueger & Casey, 2000). Jeg benyttet derfor en halvstrukturert intervjuguide for å sikre struktur, samt at begge fokusgruppene fikk de samme spørsmålene. Jeg kan likevel ikke utelukke at jeg ville fått andre funn dersom jeg hadde intervjuet dem en og en. I fokusgruppeintervju er forskeren selv instrumentet som skal opptre slik at data ”produseres” (Morgan, 1996). Selv om jeg har god erfaring i ledelse og med veiledning av

ulike typer grupper, var jeg uerfaren som moderator for fokusgrupper. Det kan ha hatt betydning for dataene som fremkom. Data fra fokusgrupper kan også være vanskelig å tolke da deltakerne lett lar seg rive med, snakke i munnen på hverandre eller kanskje også endre synspunkt (Krueger & Casey, 2000). Jeg la derfor vekt på å transkribere fokusgruppeintervjuene selv og las gjennom dem flere ganger for å komme på innsiden av materialet. Oppsummert mener jeg fokusgruppeintervju var en egnet metode for min studie.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet presenterer jeg funnene som fremkom gjennom samtalen og diskusjonen med sykepleierne i fokusgruppeintervjuene. Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, ukrystalliserte det seg tre hovedkategorier i analysen. Første forskningsspørsmål handler om hva sykepleierne vektlegger for å kunne stimulere til motivasjon og funnene dannet to hovedkategorier som knyttes til dette: *”Å danne seg et bilde av pasientens motivasjon for endring”* og *”Å styrke pasientens tro på å klare egenbehandlingen av type 2 diabetes”*. Andre forskningsspørsmål handler om faktorer som synes å være viktige for at sykepleier kan stimulere til motivasjon. Basert på funnene var det en hovedkategori som pekte seg ut: *”Organisatoriske og kontekstuelle forhold på arbeidsplassen”*. Hovedkategorier og underkategorier presenteres i tabell 1. Underkategoriene dannet basis for hovedkategoriene. Jeg bruker sitater fra fokusgruppeintervjuene for å underbygge kategoriene. Det muntlige språket er annerledes og har andre regler enn skriftspråket. Sitatene er derfor bearbeidet for å bedre tekstflyt og leservennlighet. Jeg kaller informantene for ”sykepleiere.”

Tabell 1. Presentasjon av hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Å danne seg et bilde av pasientens motivasjon for endring	<ul style="list-style-type: none"> • Data om pasientens motivasjon for endring • Data om forhold som påvirker pasientens motivasjon
Å styrke pasientenes tro på å klare egenbehandlingen av type 2 diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere gode relasjoner • ”Skreddersydd” opplæring • Stimulere til pasientens medbestemmelse i egenbehandling
Organisatoriske og kontekstuelle forhold på arbeidsplassen	<ul style="list-style-type: none"> • Betydning av sykepleiers selvstendige rolle, engasjement og kompetanse • Tilrettelegging og organisering av pasientopplæring på arbeidsplassen

4.1 Å danne seg et bilde av pasientens motivasjon for endring

Denne hovedkategorien kom frem gjennom diskusjonen i fokusgruppene og handler om hvordan sykepleierne danner seg et bilde av pasientens motivasjon for endring. Det gjorde sykepleierne ved å samle data om pasientens motivasjon for endring, samt om forhold som påvirker pasientens motivasjon. Dette danner basis for denne hovedkategorien.

Motivasjon er et abstrakt begrep og sykepleierne diskuterte først hva de mente motivasjon handlet om og hadde ulike meninger om dette. Sykepleierne var likevel enig om at det var viktig å få pasientene motivert, men de fleste sa samtidig at motivasjon tenkte de ikke så ofte på i det daglige. De tenkte mest på dette når situasjoner ble vanskelig. Noen sa:

”Jeg tenker på motivering når jeg føler jeg ikke får pasienten i gang. Når jeg møter pasienter hvor motivering lykkes, leter jeg etter det punktet hos andre pasienter. Vi snakker nok en del om motivering, hvordan vi skal klare det.”

Pasienten var kunnskapskilden og samtalen var redskapet for å danne seg et bilde av motivasjonen for endring. Det fremkom i diskusjonen at sykepleierne brukte erfaringskunnskap når de kartla dette og denne uttalelsen taler for flere:

”Jeg har en kartleggingssamtale hvor jeg spør om utfordringer de har og om det er noe de har lyst å jobbe med. Det ligger kanskje en mal i bunnmen i utgangspunktet så bruker jeg nok erfaring, ikke et visst oppsett.”

Sykepleierne kartla ikke bestemte områder, men spurte blant annet om hvordan pasienten hadde det, hvordan det gikk med egenbehandling for eksempel vedrørende kost, aktivitet og regulering av blodsukker, samt om de syntes noe var vanskelig og ville ha hjelp til. De fleste mente de kartla jevnlig når de var i kontakt med pasientene og sa: *”Vi kartlegger jo hele tiden når de er hos oss...”*. Dette gav sykepleierne en forståelse av hvor motivert pasienten var for endringer.

4.1.1 Data om pasientens motivasjon for endring

I diskusjonen i fokusgruppene hadde sykepleierne klare meninger om hvem som var motivert, hadde ressurser og ville mestre en livsstilsendring, *”Du merker det med en gang du får dem at han her kommer det til å skje noe med ”*, og hvem som ikke var motivert for endring. De begrunnet som nevnt sin viten med erfaringskunnskap og kjennskap til pasienten.

”Vi vet jo hvem som er motiverte og ikke. Ja, en kjenner dem jo. Ofte merker vi om motivasjonen er tilstede nesten med en gang de får greie på det.”

Sykepleierne beskrev at de mest motiverte pasientene var pasienter som hadde symptomer på sykdommen og som hadde mye å endre på. Det var pasienter som var interesserte i sykdom og behandling, som var pliktoppfyllende og strukturerte. Videre var det de som hadde opplevd mestrings og pasienter som ikke ønsket å starte med insulin nevnte de spesielt.

Utsagnet representerer dette:

”Jeg opplever at det er en sperre mot å begynne med insulin hos mange type 2ere. Det er liksom et mål å prøve å motivere seg til å holde blodsukkeret lavt for å slippe det.”

En sterk motivator var der yrket ble truet.

”De vi ser er de mest motiverte er offshorearbeidere, taxisjåfører med løyve, buss-sjåfører eller de som kan miste jobben sin. Der det går utover jobben er det verdifullt å gjøre noe med.”

Den andre gruppen var dem som ikke var motivert for endring eller opplevde at det var for vanskelig å gjøre endringer.

”Noen prøver å legge om og øke aktiviteten og endre livsstil, men de tar det vel ikke nok innover seg. De lever som de alltid har gjort og får verken til det ene eller det andre. Det blir for vanskelig for dem å endre livsstil.”

”Jeg har en ressurssterk dame med høy stilling. Hun har alle ressurser som skal til for å legge om kosten og fysisk aktivitet, men så klarer hun ikke gjennomføre det vi snakker om. Det er noen som rett og slett mangler den kraften i seg selv til å klare den endringen.”

Sykepleierne beskrev at det var pasienter hvor det var lite å hente når det gjaldt å foreta endringer for å oppnå optimal metabolsk kontroll. Det kunne være pasienter som hadde gjort det ”rette” men likevel ikke kom til målet og hadde mistet gnisten. Det var pasienter som ikke hadde opplevd mestring og hvor diabetes var ”uønsket”. *”Så er det de som ikke vil ha diabetes. Det er det verste som har skjedd dem.”*

Sykepleierne mente at dersom de skulle kunne stimulere til motivasjon måtte pasientene ha gjort seg tanker om endring av livsstil og det måtte være en spire til en endringsvilje. Utsagnet sier noe om dette:

”En klarer ikke motivere til å gjøre endringer hvis de ikke vil. Det må være et indre driv ellers nytter det ikke. Vi kan hjelpe til å få den indre drivkraften, få motivasjon gjennom opplæring, gjennom samtaler og forklaringer. Problemet er at hvis vi maser for mye, så blir pasienten tverr og vil ikke. Det er liksom det også.”

4.1.2 Data om forhold som påvirker pasientens motivasjon

Sykepleierne diskuterte ivrig i fokusgruppene og noen forhold pekte seg ut som viktige å få dannet seg et bilde av. De mente at motivasjon påvirkes av pasientens forståelse av egen sykdom, psykiske reaksjoner på å leve med type 2 diabetes, tidligere erfaringer og pasientens nettverk. Dette belyses nedenfor.

Pasientens forståelse av egen sykdom og alvorlighetsgraden av denne var viktig for sykepleierne å kartlegge og sa: *”Vi går inn konkret og spør de om de vet hva diabetes er...”*.

De sier at pasientene generelt har lite kunnskap om type 2 diabetes og behandling. Pasienter under 50 år orienterer seg mer og har mer kunnskap, men ikke nødvendigvis større forståelse av hva sykdommen innebærer. Videre sa sykepleierne at pasientene ofte blir usikre og skremt av å få en slik diagnose. Det viser seg at mange av de nyoppdagede pasientene har ”gamle” forestillinger om sykdom og behandling hvor de tror de ikke kan spise sukker, alt må måles og veies, og at de må begynne med insulinsprøyter. De har også hørt skremmende historier om at en kan bli blind og om amputasjoner av tær og føtter. Disse fortellingene var noe alle sykepleierne hadde lyttet til og det var viktig for dem å få korrigert disse. Sykepleierne oppfattet type 2 diabetes som en alvorlig sykdom, men bortsatt fra disse skremmende historiene pasienten hadde hørt, mente de at pasienten forstod lite om alvorlighetsgraden av sykdommen. Mange pasienter hadde tro på at sykdommen kunne ”fikses” med piller, som mange andre sykdommer, slik at de ikke behøvde å endre sine vaner. De forstod heller ikke hvor sammensatt sykdommen er. Sykepleierne sa:

”Det som jeg opplever er at de ofte er opphengt i senkomplikasjoner, men så innebærer sykdommen så mange ting som lipider, blodtrykk og sånt. Det opplever jeg at mange ikke har noe forhold til. Blodprøver, urinprøver er noe de bare tar liksom. Jeg opplever ofte at det de tenker mest på som alvorlig, er amputasjoner og syn.”

Psykiske reaksjoner på å leve med diabetes var også noe sykepleierne utvekslet erfaring om. Depresjon eller nedstemthet kan være en konsekvens av dårlig regulert diabetes og gjennom diskusjonen kom det frem at det virket som det var lite kjent både blant helsepersonell og pasienter. Det var derfor viktig å kartlegge dette under konsultasjoner, mente noen og en sykepleier sa:

”Det er mange som er deprimerte. Høyt blodsukker gjør at de blir tiltaksløse, trøtte og nedstemte. Da er det slitsomt å motivere seg. De må fanges fort opp og det er viktig å følge dem opp.”

Livskriser eller psykiske påkjenninger gjør også at det er vanskelig å regulere blodsukkeret. Sykepleierne var observant på dette og snakket med pasientene om det. Skyldfølelse virker også inn på pasientens opplevelse av å leve med type 2 diabetes. Det kan være til hinder for motivasjon og må fanges opp, sa sykepleierne. Skyldfølelse hadde pasientene fordi type 2 diabetes er en livsstilssykdom og de følte de var årsaken til sykdommen selv, samt at media har fokus på dette. Videre fikk de skyldfølelse når de ikke maktet å gjennomføre livsstilsendringene. Sykepleierne hadde medlidenhet med disse pasientene.

”Det er ganske spesielt å møte pasienter som gruer seg for å komme inn til meg, fordi de ikke har greid å gjøre det som vi prøvde å bli enige om forrige gang. Det er mange

som har skyldfølelse. De burde ha gjort sånn og sånn. Da føler jeg det er vanskelig å holde motivasjonen oppe. Det er en utfordring synes jeg.”

Tidligere erfaringer kan være et utgangspunkt når en skal stimulere til motivasjon. Endringer generelt er oftest utfordrende og noe de fleste har prøvd en gang i livet. Sykepleierne diskuterte om tidligere endringer og hvordan disse ble mestret var noe de tok opp med pasientene. Noen gjorde det og sa:

”Hvis de sliter med motivasjonen og sier de ikke får det til, så prøver vi å komme inn på hva har de fått til tidligere. Kan de bruke noe av det og knytte det opp mot det de skal gjøre noe med nå?”

Hos de fleste sykepleierne var det tilfeldig om tidligere erfaringer ble kartlagt. Vi spør ikke etter det bevisst, sa sykepleierne. Det ble også diskutert om sykepleiere hadde opplevd pasientenes dårlige erfaringer som hinder for mestring. Flere hadde det og da måtte en finne andre måter å nå inn til pasienten på. Dette utsagnet kan tale for flere:

”Jeg har erfart at mange pasienter kommer tilbake og ikke har gjort det vi ble enige om, f.eks økning av insulindosering. En pasient sa: ”når jeg ser disse tallene og skal ha ansvar for dette så blokkeres det helt. Jeg slet sånn med matematikken på skolen.” Tidligere erfaringer kan også være dårlige erfaringer som gjør at en drar ned rullegardinen. Da må vi snakke om det.”

Pasientens nettverk og dets betydning for motivasjon førte til en ivrig diskusjon i fokusgruppene. Sykepleierne var tydelige på at familie hadde stor betydning for motivasjonen til å leve med type 2 diabetes.

”Pasienten hadde familie på hjemmebane....Det er klart det er motiverende og støttende. Jeg tenker familie betyr mye.”

Noen få sykepleiere oppmuntret ektefelle/familie til å være med på konsultasjonene,

”Jeg anbefaler å ta med ektefellen. Jeg tror det er viktig at begge forstår hva dette dreier seg om, sånn at de forstår hva de skal gjøre.”

De fleste sykepleierne mente imidlertid at de burde vært flinkere til å trekke familien med, for det er gjennom deltakelse familien involveres. Da får familien informasjon og praktiske råd slik at de kan være med å støtte pasienten i egenbehandlingen og i praktiske gjøremål, mente sykepleierne. Sykepleiernes erfaring var at de som hadde nær familie hadde større forutsetninger for å mestre endringer og egenbehandling enn enslige. De var bekymret for de enslige. *”Hvis de ikke har noe nettverk rundt seg, ingen nær familie som kan hjelpe og pushe dem, så blir de der”*. Noen sykepleiere kartla også om pasientene kjente andre med type 2 diabetes og om de hadde hjemmesykepleie.

4.2 Å styrke pasientens tro på å klare egenbehandling av type 2 diabetes

Denne hovedkategorien handler om hvordan sykepleierne går frem for å styrke pasientens tro på at det er mulig å klare egenbehandling av type 2 diabetes. De var opptatt av at pasienten måtte føle at han mestret noe, og de sa: *”Ikke minst det å oppleve at en lykkes. Det øker selvtilliten slik at det faktisk er lettere å gjøre enda mer.”* Sykepleierne styrket troen på å klare egenbehandling ved å etablere gode relasjoner, gi tilpasset individuell opplæring og praktiske råd, samt stimulere pasienten til medbestemmelse i egenbehandlingen. Disse områdene danner basis for denne hovedkategorien.

4.2.1 Etablere gode relasjoner

Gjennom diskusjon og refleksjon i fokusgruppene var det tydelig at sykepleierne vektla å etablere god kontakt med pasientene. Å møte pasienten med varme og empati var viktig for dem. *”Vise oppmerksomhet er viktig, for pasienten har behov for å bli sett.”* Sykepleierne sa de hadde en åpen dialog og lot pasientene fortelle om sin livssituasjon for å få pasienten aktivt med i samtalen.

”Jeg spør om de kan fortelle for å få dem litt på banen selv i stedet for å belære dem. Få dem med på laget føler jeg at jeg kommer lenger med.”

Videre snakket sykepleierne om at mange av pasientene var ambivalente i forhold til egenbehandling. De både ville og ikke ville gjøre det sykdommen krever av egenbehandling. Det var viktig å være mentalt tilstede i samtalen og høre hva pasientene faktisk fortalte. Sykepleierne var opptatt av å bli kjent med pasienten for å skape tillit og trygghet og få til den gode samtalen. Tillit er ”inngangsbilletten” for å få adgang til å motivere til å gjøre endringer, mente sykepleierne. Utsagnet representerer flere:

”Tillit til hjelpeapparatet er viktig for å bli motivert, at vi ser og møter pasienten der han er. Det må være individuelt.”

Skal pasienten få troen på at han kan lykkes i å regulere sin sykdom, må pasienten roses for innsatsen han gjør. Sykepleierne utvekslet erfaringer om hvordan de roste pasientene. De sa de vektla det som var positivt og skrytte av egeninnsatsen. Dette utsagnet taler for flere:

”Jeg prøver å fokusere på det som er positivt og hva de er flinke til og hva det betyr for diabetesen.”

Av og til er det ikke innsatsen til pasienten det står på når de har en dårlig HbA1c, men en diabetes som har utviklet seg. Pasienten roses for innsatsen, ikke resultatet, sa sykepleierne.

Ikke alle pasienter yter det sykepleierne hadde ønsket. Det kan skuffe dem, og de sa de prøvde å anerkjenne pasienten likevel, finne forklaringer på hvorfor de ikke har lyktes og fortsatte å motivere dem.

”Føler jo at vi prøver å ikke møte dem med anklager, men prøver å møte dem med respekt selv om de ikke har klart å gjøre den jobben de skal for å si det på den måten. Men det går an å bli frustrert når de har gått ut.”

Av og til var ikke pasientene så engasjert i egenbehandlingen. Da var det ikke alltid like lett å skjule skuffelsen, og sykepleierne mente pasientene merket godt på dem når de var fornøyd eller litt skuffa. Når sykepleierne hadde anerkjent og støttet pasienten i å nå målene, følte de av og til at de også hadde behov for å gi tydelig beskjed om at pasienten ikke tok sykdom og behandling alvorlig nok.

”Av og til legger jeg nok press på dem når noen er veldig dårlig regulert. Dette er veldig uheldig for deg kan jeg si, dette må du gjøre noe med eller det er bekymringsfullt.”

Da diskuterte sykepleierne om de kunne ”heve pekefingeren” eller ikke. De var enige om å være forsiktig med det da forskning og erfaring tilsa at det ikke var så nyttig, men de mente det måtte være lov å si fra og gjøre dette på en omsorgsfull måte.

”På et kurs ble det fortalt om en kan bruke ”pekefingeren” for å skremme. Det ble fortalt om en empatisk lege som tok med seg en diabetespasient gjennom dialyseavdelingen. Han ville vise hva som kan skje. Pasienten gjorde endringer etterpå. Det var å skremme med empati. Jeg tror at en kan skremme litt med ekte omsorg og ikke bare skremme dem fordi vi er så forferdelig frustrert at de søren meg ikke følger opp.”

4.2.2 ”Skreddersydd” opplæring

Sykepleierne diskuterte og reflekterte i fokusgruppene hvor viktig det var at pasientene tilegnet seg diabetesrelatert kompetanse. Diabetes er en komplisert sykdom som det tar lang tid å bli godt kjent med. Opplæring brukte sykepleierne mye tid på og anså som sin hovedoppgave. Hensikten var å gi pasientene kunnskap og forståelse slik at de fikk et best mulig grunnlag for å ta egne beslutninger og ivareta egen helse. Sykepleierne syntes det var spennende og interessant å skape motivasjon hos pasienten gjennom opplæring. De var opptatt av at opplæringen måtte være ”skreddersydd” til den enkelte og den måtte være praktisk. I tillegg til muntlig formidling, brukte de hjelpemidler som flip-over, skriftlige brosjyrer/informasjon og praktisk demonstrasjon. Sykepleierne brukte både sin ekspert- og erfaringskunnskap når de tilpasset opplæringen til den enkelte. De var engasjerte da de

utvekslet erfaringer om dette. Utsagnet taler for flere og sier noe om hva de mer generelt la vekt på i opplæringen.

”Jeg prøver å bygge opp samtalen der pasienten får informasjon om hva type 2 diabetes konkret handler om. Jeg tar utgangspunkt i hva han vet og hva han trenger å vite mer om. Så gir jeg enkle råd om kost og fysisk aktivitet og forteller hvorfor det er viktig nå og på sikt. Det blir jo forskjell på om det er en på 80 år eller en på 50 år. En må tenke hva det betyr på sikt for dem.”

De nasjonale faglige retningslinjene sier noe om hva det bør undervises om og ut fra dette hadde sykepleierne laget sine egne system for opplæring som de syntes fungerte. De utvekslet erfaring om dette i fokusgruppene og var enige om at de gjorde mye likt, men med egen vri. De som var nyoppdaget fikk en mer strukturert opplæring enn de som hadde levd med sykdommen en stund. Temaene de tok opp var gjerne de samme, men tilnærmingen til pasientene var individuelt tilpasset. Pasienter med nyoppdaget type 2 diabetes skal gjennom en oppfattende opplæring.

”Når de er nyoppdagede får de en masse råd og veiledning. Vi skal gjennom en slags pakke på en måte. De må faktisk få en del kunnskap av oss, men det varierer absolutt hvor de er hen. Noen ganger kan vi bare ikke snakke for de er helt i krise. Da må man bare sitte og lytte, men de fleste gangene så går man gjennom ulike temaer. Du tar jo opp det de spør om. Noen spør veldig mye og andre er mer passive. Vi snakker om hva diabetes er, om kost, aktivitet og behandling.”

Når personen med type 2 diabetes har levd med sykdommen over en tid har de behov for å lære mer, samt repetere gammel kunnskap. Sykepleiers erfaringer var at pasientene ikke hadde fått med all informasjon og det var derfor viktig å gjenta informasjon, sa sykepleierne.

”Når en har litt kunnskap er en ofte motivert til å ta imot mer lærdom og sånn opplever jeg type 2 diabetikeren. De har fått informasjon før men ikke fått helt taket på det. Så får de høre det igjen, forstår mer og blir mer motiverte. Det er noe med at informasjonen når deg der du er.”

Sykepleierne var lydhøre for hva pasienten var opptatt av, men det var også viktig at en tok hensyn til hva pasienten var i stand til å ta imot av kunnskap.

”Det er så individuelt det vi tar opp. Noen ganger ser en at pasienten er helt mett etter en bare har snakket om blodsuktermåling og noen ganger ser jeg at han klar for mer og da passer det å snakke om et annet tema. I alle fall – stopp i tide.”

Sykepleierne følger nyoppdagede tettere den første tiden for å skape trygghet og for å sjekke hvordan det går med sykdom og behandling.

”Jeg har dem nokså hyppig til konsultasjoner den første tiden slik at de blir godt i varetatt og ser at ting er som de skal. Deretter har jeg dem til jevne kontroller.”

Noen av sykepleierne anbefalte også at de på forhånd skrev ned det de ønsket å ta opp da det kunne være lett å glemme når de møttes i konsultasjonen.

I fokusgruppene diskuterte de ivrig hva som var den mest hensiktsmessige måten å formidle kunnskap på. Pasientopplæringen de gav var individuell, men flere av sykepleierne hadde stor tro på og noen ønsket å starte med gruppeundervisning. Antall personer med type 2 diabetes øker og en må tenke annerledes for å favne disse, sa de. Noen hadde hospitert hvor de hadde grupper og opplevde dette som et flott tilbud. En av sykepleierne hadde gått på kurs om gruppeveiledning. Hun hadde arbeidsgiver med seg og stod på trappene til å starte opp. Noen av sykepleierne mente sykdommenartet seg ulikt fra person til person og dermed var det vanskelig å sammenligne seg med andre. De mente individuell pasientopplæring var det beste.

4.2.2.1 Tilpassede praktiske råd

Sykepleierne mente at skulle opplæringen være motiverende, måtte den også være så praktisk som mulig. De utvekslet erfaringer om hva de vektla og hva de opplevde som nyttet. De kom med mange eksempler og jeg nevner noen vedrørende kost, mosjon, insulindosering og involvering av familie.

Det var ikke like enkelt for pasienten å forstå hva som var riktig kost for dem. Begrepet ”hjertekost” ble brukt med hell da folk flest forstår hva det er, sa sykepleierne. Andre råd de kom med var å spise ofte og lite, samt:

”Jeg lærer dem å lese varedeklarasjonen når de skal kjøpe mat. Det er viktig, men ikke bare hva maten faktisk inneholder men hvordan store porsjoner vil påvirke blodsukkeret, at de forstår det.”

Kost handler også om måltidets sammensetning, der tallerkenmodellen ble nevnt. Videre hvor mange måltider en har i døgnet, tidspunkt for disse og hvordan en kan lage gode rutiner.

”Jeg spør konkret hva de gjør i hverdagen i forhold til måltidene. Når spiser de, så viser det seg at de hopper over et måltid. Når starter de på jobben, hvilket tidspunkt passer det med lunsj, hva gjør de når det er så lang kø hjem, ja da anbefaler jeg at de tar en liten brødskrive på vei hjem. Jeg prøver å lage litt sånn konkrete forslag og spør om de kan tenke seg det eller prøve noe lignende.”

Sykepleierne diskuterte også pasienter som synes kostomleggingen var svært vanskelig og tenkte bare på det de ikke kunne spise. De nevnte spesielt dem som er glad i kaker og

søtsaker. Sykepleierne var opptatt å formidle at de kunne spise slike ting, men mindre enn før eller erstatte det med noe annet. En behøvde ikke å slutte med noe:

”En mann tenkte bare på kaken han ikke kunne spise. Da må en si at du faktisk kan spise den kaken. Det er ikke det det handler om, men det en gjør mellom alt dette. En må snu fokus på noe annet, men det tar tid når de er så fokuserte på det de ikke kan spise.”

Mosjon kan være så mangt og sykepleierne diskuterte at her var pasientene svært forskjellige. Noen likte å være fysisk aktive og andre hadde ikke interesse av det i hele tatt. Det var viktig for sykepleierne å være i dialog med pasientene slik at aktiviteter var i tråd med hva de kunne make.

”En må spør litt hva de kan tenke seg hvis det er helt fremmed. En sa ”i alle fall ikke treningsstudio eller jogging”, en må lytte til hva de sier, la dem komme med forslag.”

For å motivere til å gjøre endringer må en forstå hensikten og hva som skjer i kroppen. Ingen kan bli motivert til å gjøre noe som helst, sa sykepleierne, hvis de ikke forstår hvorfor. Det var viktig for sykepleierne å lære pasientene hvordan de skulle justere insulindosen etter blodsukkeret slik at de kunne leve så fritt som mulig og samtidig få tilfredsstillende blodsukkerverdier.

”En ting vi bruker mye tid på er å lære dem insulindosering for å få dem ned i HbA1c. Da lærer vi dem f.eks ,øk med 2E Insulatard om kvelden hver tredje dag, fastende blodsukker mellom 4-6. Så har vi et ferdig skriv på det, der skriver vi for hånd og forklarer.”

Sykepleierne lærte dem også å justere insulindosen etter hvordan blant annet aktivitet påvirket blodsukkeret.

”Når de trener må de bruke mindre insulin. Da må en forklare litt sammenhengen for dem at hvis de går en tur så skal de måle før og etter turen så ser en hva som skjer med blodsukkeret. De kan se resultatet på HbA1c av den turen de har gått jevnlig ved neste kontroll. Det har jeg veldig tro på i forhold til motivasjon.”

Sykepleierne rådet også pasientene til å melde seg inn i Norges Diabetesforbund da de har et flott tilbud og mange gode informasjonshefter om sykdom og behandling. Dette rådet ble varierende mottatt. Det ble positivt mottatt blant dem som ville gjøre noe med sykdommen og negativt mottatt blant dem som ikke ville assosieres med type 2 diabetes, sa sykepleierne. Videre rådet de pasientene til å delta på startkursene om type 2 diabetes hos Lærings- og mestringsenteret. Det hadde de god erfaring med og sa: ” De er så fornøyde når de har vært der. Så det er mange ting vi kan gjøre for å få dem litt i gang.”

4. 2. 3 Stimulere pasienten til medbestemmelse i egenbehandling

Sykepleierne reflekterte over denne før og nå rollen i diabetesomsorgen. Mange av dem hadde vært sykepleiere siden legen bestemte all behandling for pasienten, men nå vektla de å lære pasientene å være sin egen doktor. Alle sykepleierne mente at de fleste pasientene hadde blitt mer selvstendige. Det var viktig å lære pasientene at de hadde styring på ”diabetesen” og ikke ”diabetesen” på dem.

”Før så fikk de beskjed om at til neste gang skal du ha den og den dosen med insulin, mens nå kommer de inn til oss og vi lærer dem faktisk at nå skal de være sin egen doktor. Så snakker vi om hva de skal gjøre til neste gang. De er blitt så mye mer selvstendige både på medisiner og andre ting. Det er med på å stimulere dem til å få mer tro på seg selv og kanskje få mer følelse av kontroll over situasjonen.”

Sykepleierne blir mer rådgivere og støttende overfor pasientene. De snakket også om at for mye omsorg kunne gjøre pasienten handlingslammet. Sykepleierne vektla derfor å la pasientene medvirke. De samarbeidet med pasienten og hjalp dem til å se muligheter og ikke begrensninger. Hjalp dem til å vende blikket mot det de faktisk kunne klare og fikk dem til å reflektere over dette. Samtidig måtte en være lydhør for hva de var opptatt av.

”Det er det de har fremst i hjernebarken en må gripe fatt i. Da hjelper det ikke å snakke om andre ting. Vi må prøve å stimulere dem til refleksjon og hjelpe dem til å komme frem til en anerkjennelse selv. Det er veldig viktig.”

Gjennom diskusjonen kom det frem at det var en utfordrende og krevende oppgave for sykepleierne å motivere til denne aktive rollen. De hadde ingen spesiell opplæring i dette, men brukte sin erfaring. Sykepleierne var enig om at pasienten måtte være i sentrum, og de vektla å jobbe mot pasientens mål. Ikke alle kalte det mål, men noe de skulle jobbe med, ha fokus på til neste gang. De fleste mål var kun muntlige. Pasientene må være med å bestemme målene dersom det skal ha noen hensikt, mente de.

”Jeg setter ikke målet hvis pasienten ikke vil. Jeg hjelper pasienten i å gripe fatt i noe som vi blir enige om at han skal jobbe med til neste gang. Det føler jeg er det mest riktige. Pasienten må være interessert ellers nytter det ikke.”

Type 2 diabetes krever at pasientene må gjøre endringer som de skal leve med resten av livet. Sykepleierne sa de fokuserte på ett eller få områder ad gangen og de la vekt på å bruke lang tid og innføre endringene gradvis. Sykepleierne skilte mellom pasientens kortsiktige og langsiktige mål, og sa:

”Det er viktig med delmål for dette er en omstilling som skal foregå vel så mye på lengre sikt som akkurat de første 14 dagene. Vi må lage små mål som kan hjelpe dem å lage et system i hverdagen for ellers så går en trett.”

Delmålene må være realistiske, små, konkrete og viktige. Sykepleierne nevnte noen områder de brukte delmål. For eksempel lærte de pasientene å måle blodsukker, gjøre gradvise kostendringer og være aktive. Dette er eksempler på kostendring, samt å få i gang aktivitet:

"Jeg hadde en mann til kostveiledning og da han kom tilbake lurte jeg på om det var samme mannen. Da hadde han tatt av flere kilo og følte seg mye bedre. Han hadde mye å hente med veldig lite."

"Vi avtaler gjerne noen små mål, f.eks å gå tur to ganger i uken. Så kan vi heller justere opp hvis vi blir enige om det. Jeg prøver hele tiden å holde samtalen åpen om hva de tror de kan klare."

Sykepleierne snakket også om at det ikke var like enkelt å få pasientene til å være med å sette mål og opplevde at pasientene laget mål for sykepleiers skyld.

"Vi sier at dette skal de ikke gjøre for vår del. Vi er her for å svare på spørsmålene de har og kunne fortelle om det de lurer på. Hjelp dem til noen enkle konkrete mål, men det er deres ansvar.....Der er vi ganske tydelige."

Videre diskuterte de at ikke alle eldre forstod det med medbestemmelse eller ville ha mindre grad av medbestemmelse. De var oppdratt til en annen rolle der legen bestemte.

"Den eldre generasjonen, ikke alle, men kanskje at de gir seg mer over til helsevesenet når de blir syke. De har et annet forhold til helsevesenet, at helsepersonell på en måte har vært autoriteter. De som er litt yngre setter mer krav og tar kanskje litt mer ansvar for seg selv."

Sykepleierne var også opptatt av de nasjonale faglige retningslinjene som la føringer for deres opplæring. Retningslinjene har ganske strenge behandlingsmål pasientene bør tilstrebe for å unngå senkomplikasjoner. Det gjorde at sykepleierne hadde et press på seg i forhold til hvilke mål de måtte jobbe etter. Det kunne være en barriere for medbestemmelse og den individuelle opplæringen.

"Vi har jo de retningslinjene å gå etter og det har nettopp kommet nye. Det er ganske strenge mål. Da skal f.eks HbA1c være < 7%. Har pasienten HbA1c på 10, så blir det helt feil å si til han at målet ditt skal være 7. Vi prøver gjerne et delmål, f.eks 8,5 hvis pasienten er enig. Vi har jo retningslinjene vi SKAL gå etter, men jeg synes de skal få individuelle mål på veien mot målet."

4.3 Organisatoriske og kontekstuelle forhold på arbeidsplassen

Denne hovedkategorien handler om hvilke faktorer som synes å være viktige for at sykepleierne kan stimulere til pasientens motivasjon for endring av vaner eller opprettholdelse av endringer som er foretatt. Sykepleierne hadde ulikt arbeidssted, både i primær- og

spesialisthelsetjenesten, med lokale variasjoner av funksjoner og roller i forhold til personer med type 2 diabetes. De var likevel enige om at sykepleiers selvstendige rolle, engasjement og kompetanse var av betydning for at pasientene skulle få en god pasientopplæring, samt at det var nødvendig med tilrettelegging på arbeidsplassen for å kunne benytte sykepleier i pasientopplæringen.

4.3.1 Betydning av sykepleiers selvstendige rolle, engasjement og kompetanse

Sykepleiere har en selvstendig funksjon vedrørende pasientopplæring som blir vektlagt både i utdanning og regelverk. *”Jobben min er å lære pasientene å ta ansvar for egen helse og følge det opp selv, ”* sa sykepleierne, men påpekte at det var i samhandling med legen. Sykepleierne diskuterte hvordan diabetesomsorgen hadde forandret seg fra å være spesialisthelsetjenestens ansvar til å bli en større del av primærhelsetjenestens ansvar.

”Diabetesomsorgen har forandret seg enormt mye på de årene jeg har jobbet. Det er jo mye mer ut til distriktene nå enn det var før. Så på en måte så er det jo vi i primærhelsetjenesten som må ta ansvar for dem.”

I fokusgruppene reflekterte sykepleierne over betydningen dette fikk for dem. De mente at sykepleiere ville få større ansvar i omsorgen for pasienten på alle nivå i helsetjenesten, men spesielt i primærhelsetjenesten. Det var derfor viktig at de fikk anledning til å utøve en selvstendig rolle i forhold til pasientopplæring på sine respektive arbeidsteder. Sykepleierne utvekslet erfaringer på hva som lå i den selvstendige funksjonen og de hadde litt ulik erfaring. Noen veiledet pasienten på de fleste områder, mens andre hadde mer begrenset ansvar uten at de definerte det så tydelig.

”Jeg føler det er givende å få informere og veilede om sykdom og behandling. Det er vårt ansvar. Når det gjelder alt med kost og aktivitet, trekker legene seg vekk fra det.”

Alle sykepleierne samarbeidet og hadde god dialog med pasientens lege og noen opplevde også at legen spurte dem om råd når han hadde pasienter til konsultasjon. Det gav dem troverdighet overfor pasientene som de syntes var viktig.

”Pasientene opplever at når det gjelder kost og aktivitet og allslags sårne ting, så tror de at jeg kan mye mer enn legene kan. Det hender at legene roper meg inn og sier hvordan er det og kan de gjøre sårn? Det gjør jo slik at pasientene får tiltro til det vi gjør.”

Oppfølging og kontinuitet skaper trygghet og er også en viktig del av den selvstendige funksjonen, var sykepleierne enige om. De fleste sykepleierne jobbet alene som ressurs-sykepleier/diabetessykepleier for personer med type 2 diabetes. De ble da kontaktpersoner og

det var naturlig for dem å sørge for kontinuitet. I konsultasjonene tok de oftest opp tråden fra forrige gang, spurte hva pasientene mestret og hva som var utfordringer og veiledet ut fra dette. Der hvor de jobbet i diabetesteam hadde de nødvendigvis ikke de samme pasientene hver gang. Da hadde de en sjekkliste hvor de noterte hva som var snakket om ved de ulike konsultasjonene for å sikre kontinuitet på denne måten.

”Vi har en sjekkliste hvor vi krysser av etter hvert som vi har vært innom et tema. Da kan neste sykepleier se hva som er tatt opp og snakket om og ta opp tråden derfra.”

For noen av sykepleierne ble det ikke tilrettelagt slik at de fikk brukt den selvstendige opplæringsfunksjonen. Det var lite tilfredsstillende for dem. *”Vi har ikke en selvstendig funksjon i forhold til opplæring. Skulle ønsket det....”*. Sykepleierne mente at takstsystemet var en av årsakene til dette og de diskuterte ivrig den urettferdighet takstsystemet medførte. Slik systemet har vært inntil nå er det bare leger som kan utløse takst, ikke sykepleiere, og de sa: *”Egentlig så gjør jeg en gratis jobb omtrent. Det er ikke noe særlig.”* Videre sa de:

”Jeg tenker det er en nedgradering av en sykepleiers veilednings- og undervisningsansvar. Det ligger også i vår jobb å veilede og undervise, men vi blir på en måte nedgradert av systemet da de ikke har en takst for det.”

De var opptatt av at det måtte komme en endring på hvem som kan utløse takster da den økende prevalensen for type 2 diabetes vil ha behov for sykepleiere og deres kompetanse på alle nivå i helsetjenesten.

”Det må komme en endring på dette, da hadde de hatt flere sykepleiere på legekantorene også. Private leger vil tjene penger og da bruker de ressursene der de kan tjene penger.”

Sykepleierne viste et stort engasjement overfor pasientene og flere var tilgjengelig for dem, også utenom konsultasjonene. *”Pasientene ringer gjerne eller stikker innom, så snakker vi litt da også.”* En av sykepleierne hadde også strukket seg langt i sin tilgjengelighet: *”Det har hendt at jeg har gitt dem mobilnr. mitt, f.eks når de har startet med insulin.”* Sykepleierne sa at mange pasienter foretrakk å snakke med dem, da slappet de mer av og det var ikke så høytidelig som hos legen. Det var oppmuntrende både for sykepleiere og pasienter å se at opplæring nyttet. Det motiverer til å stå på videre, og dette utsagnet taler for flere:

”Det er så artig å se når de på en måte griper fatt i det og en ser at de føler velvære med denne endringen, at det ikke er bare noe de gjør. Da vil det jo fremkalle mestring og motivasjon.”

Flere var interessert i den motiverende samtale, og mente det var et nyttig redskap i pasientopplæringen. De fleste hadde ikke opplæring i dette, men brukte sin erfaring og sitt

skjønn i samtalene med pasientene. Kun en sykepleier hadde opplæring i hvordan stimulere til motivasjon gjennom samtale. Hun sa:

”Jeg er veldig engasjert i og opptatt av den motiverende samtale, at vi prøver å stimulere til motivasjon gjennom refleksjon og hjelpe dem til å komme frem til en anerkjennelse selv.”

Sykepleiernes egen kunnskap og erfaringer er også viktig når de skal lære opp pasienter til å ta ansvar for egen sykdom. Sykepleierne hadde jobbet i mange år med personer med type 2 diabetes. De hadde god kompetanse om type 2 diabetes og hadde ervervet en forståelse av pasienters opplevelse av å leve med sykdommen. Noen hadde videreutdanning i diabetessykepleie, mens de fleste av sykepleierne hadde tilegnet seg kompetanse gjennom erfaring og ulike kurs. Gjennom diskusjonen sa sykepleierne at uansett utdanning og erfaring var det viktig å holde seg faglig oppdatert og få inspirasjon. Det fikk de gjennom hospiteringer, kurs og seminarer og lignende. *”Vi har både hospitert på diabetespoliklinikken og ansatte der har vært hos oss for å informere og oppdatere vår kunnskap.”* Noen få av sykepleierne drev også med diabetesopplæring av andre sykepleiere. De fleste jobbet alene som sykepleier og hadde ikke andre sykepleiere å diskutere faglige utfordringer med. På kurs og under hospiteringer traff de andre sykepleiere som de utvekslet erfaring med.

Støtte og veiledning har også betydning for faglig utvikling. Det ble diskutert om sykepleierne hadde noen å søke støtte og veiledning hos. De var ikke like tydelige på om de hadde det eller hvordan de gjorde dette, men de fleste sa de snakket med pasientens lege når det ble vanskelig: *”Jeg snakker mest med legen når det er utfordrende.”* Noen få hadde sykepleiekollegaer å diskutere med: *”Hos oss er det flere som driver med diabetesopplæring og vi kan snakke sammen.”* De kunne også rådføre seg hos diabetespoliklinikken og det gjorde dem tryggere i pasientveiledningen. Ingen av dem gikk i noen form for organisert veiledning.

4.3.2 Tilrettelegging og organisering av pasientopplæring på arbeidsplassen

Sykepleierne påpekte at dersom de skulle kunne stimulere til motivasjon for å endre vaner eller opprettholde endringene, måtte det være en tilrettelegging og struktur i arbeidet til sykepleier på arbeidsplassen. De diskuterte hvilke muligheter og utfordringer de hadde på sine respektive arbeidsplasser. Flere av sykepleierne organiserte sin egen hverdag i forhold til

å lage egne avtaler med pasientene, de bestemte selv hvordan møtet med pasienten skulle gjennomføres, hvor ofte de skulle møtes og hvor lang tid konsultasjonen skulle vare. Dette utsagnet representerer hovedtyngden av sykepleierne:

”Vi har egen avtalebok hvor jeg har mine avtaler med pasientene. Jeg bestemmer sammen med pasienten når vi skal ha ny samtale.”

Det var ikke alle sykepleiere som hadde denne muligheten av ulike grunner. De sa: *”Det er ikke organisert slik at det er rom for at vi kan gjøre det”*. Sykepleierne syntes dette var beklagelig da det ikke manglet på vilje eller interesse hos dem.

Sykepleierne var enige om at det var tidkrevende å stimulere til motivasjon i pasientopplæringen. Nok tid til samtale var også forutsetning for at de kunne gjøre en god og tilfredsstillende jobb. Sykepleierne utvekslet erfaringer om dette og nyhenviste/nydiagnostiserte fikk 30-60 minutt og hadde hyppige konsultasjoner. Pasienter som gikk til kontroller fikk 15-45 minutt ca hver 3. måned. Det er til dels store variasjoner i tidsbruken og de stilte selv spørsmål om dette var med på å lage forskjeller på hvor god opplæring pasientene fikk. De fleste mente de hadde nok tid, men noen var bekymret og mente de ikke hadde tilstrekkelig tid til at pasienten kunne gjøre de endringer som type 2 diabetes krever. Dette utsagnet representerer dem:

”Jeg kan bruke litt tid, men de får ikke nok. De får ikke nok kontakt med oss i forhold til sin sykdom i det daglige. Det er gjerne litt av årsaken til at de ikke oppfatter alvoret i sykdommen. Ting går for fort.”

De av sykepleierne som ikke hadde tilrettelagt for pasientopplæring på arbeidsplassen, sa det ble sporadisk hva de kunne tilby av opplæring ut fra tiden de hadde til rådighet i øyeblikket. *”Jeg føler vi har så liten tid til dem. Det er så frustrerende....”* Sykepleierne ønsket ikke å være belærende, men travelhet gjorde også at pasientene ikke alltid fikk den pasientopplæring sykepleierne ønsket å gi.

”Hvis jeg har tusen ting i hodet en dag så merker jeg at jeg tar den belærende rollen der jeg snakker og snakker. Da tenker jeg, søren også, hva gjorde jeg nå.”

Det er viktig å holde seg oppdatert innen fagfeltet når en driver pasientopplæring. Det var derfor viktig for sykepleierne å få anledning til å gå på kurs om diabetes. *”Vi går jo mye på kurs. Diabetes er faktisk en av de tingene det er kurs i.”* Ikke alle sykepleierne hadde samme mulighet for kurser og oppdatering: *”På grunn av økonomien får en aldri gå på kurs. Det synes jeg er beklagelig,”* og sa videre at det kunne gå utover selve pasientopplæringen eller motivasjonen for drive med pasientopplæring.

5.0 DISKUSJON AV FUNN

I dette kapitlet diskuteres funnene i studien opp mot teoretisk rammeverk og annen relevant forskning (kapittel 1 og 2). Kapitlet organiseres etter hovedfunnene. Først diskuteres sykepleiers kartlegging for å danne seg et bilde av pasientens motivasjon for endring, deretter sykepleiers handlinger for å styrke pasientens tro på å klare egenbehandlingen av type 2 diabetes og tilslutt diskuteres organisatoriske og kontekstuelle faktorer som påvirker muligheten for motivering gjennom pasientopplæring.

5.1 Kartlegging av pasientens motivasjon for endring

Endring av livsstil krever stor innsats, samarbeid og mye tålmodighet fra både sykepleier og pasient (Skafjeld, 2002). Når sykepleiere skal stimulere til motivasjon er det av betydning at de først danner seg et bilde av hvor motivert personen med type 2 diabetes er for å gjøre endringer. Funnene viser at sykepleierne anså kartlegging av pasientens ressurser som viktig. Sykepleierne kartla pasientens personlige ressurser som var hans/hennes forståelse av egen sykdom og alvorlighetsgrad, psykiske reaksjoner og tidligere erfaringer. Videre kartla sykepleierne de sosiale ressursene som var pasientens nettverk, for deretter å kartlegge hvor motivert han/hun var for endring. Pasientens personlige- og sosiale ressurser vil bli diskutert i lys av person- og sosialfaktorene i expectancy-value teori som er gjort rede for i kapittel to. Teorien påpeker at motivasjon skapes i et samspill mellom disse faktorene (Eccles & Wigfield, 2002; Wigfield & Eccles, 2000). I det neste vil innsamling av data om person- og sosiale ressurser blir diskutert, og deretter diskuteres pasientens motivasjon for endring.

5.1.1 Personlige ressurser

Funnene tyder på at sykepleierne fikk innsikt i disse gjennom samtaler og etter hvert kjennskap til pasienten. Det var en kontinuerlig prosess som pågikk i hvert møte. Sykepleierne brukte sin erfaring når de kartla pasientens ressurser og fulgte ikke en bestemt mal eller fastsatte tema. Likevel kan en anta at kartlegging av ressurser har utgangspunkt i datainnsamlingsmetoden slik en lærer i sykepleierutdanningen hvor en tar utgangspunkt i pasientens indre og ytre ressurser. I følge Wormnes & Manger (2005) er ressurser viktig i myndiggjøringsprosessen og der det finnes ressurser er det alltid noe som kan belønnes og

forsterkes. Endring kommer først når motivasjon, ønske og evne til handling er tilstede (Lillemyr, 2007). Sykepleier må i følge Reitan (2004) ”gå på jakt” etter personers ressurser og få frem forestillinger om nye muligheter i situasjonen. En må ta i bruk pasientens kunnskap, vilje, mot og erfaring og la det være en kilde til opplevelse av å lykkes.

Funnene viser at sykepleierne erfarte at mange pasienter hadde lite kunnskap om type 2 diabetes, alvorlighetsgraden og om psykiske reaksjoner som kan oppstå. Pasientene hadde ofte gamle forestillinger om sykdom og behandling. Disse oppfattelsene var viktig for sykepleierne å kartlegge og i følge Wormnes & Manger (2005) er det viktig å bevisstgjøre hvordan tanker virker på handlinger. I følge Eccles & Wigfield (2002) vil forventning om å klare egenbehandlingen influeres blant annet av pasientens kunnskap, erfaring og forståelse av sykdom, samt følelser, tanker og opplevelser.

Det var litt tilfeldig om tidligere erfaringer ble kartlagt, men noen av sykepleierne kartla dette bevisst. Tidligere positive erfaringer øker sjansen for å lykkes igjen og kan være en drivkraft til å stå på når en møter lignende utfordringer. Derimot kan tidligere negative erfaringer være til hinder for at en går i gang med endringer (Bandura, 1997). Funnene viser at noen av sykepleierne brukte pasientenes tidligere positive erfaringer som grunnlag for pasientopplæring og opplevde at dette kunne være motiverende for pasientene. Noen opplevde også negative erfaringer som begrensende som for eksempel pasienten som hadde angst for tall og dermed ikke var i stand til å endre på insulindosen. Sykepleieren måtte da finne alternative måter å nå inn til pasienten. Dette kan reflektere at flere av sykepleierne var bevisste betydningen av å kartlegge pasientens tidligere erfaringer med tanke på å motivere pasienten til endring. I følge Bandura (1997) og Eccles & Wigfield (2002) kan nettopp tidligere erfaringer påvirke forventningen om å klare egenbehandlingen.

5.1.2 Sosiale ressurser

Sosiale ressurser, som pasientens nettverk, har betydning for valg av atferd og er viktig å kartlegge (Eccles & Wigfield, 2002; Wigfield & Eccles, 2000). Nettverket er pasientens sosiale relasjoner med familie, venner, kollegaer og andre sosiale forbindelser (van Dam, et al., 2005). Funnene antyder at sykepleierne mente familiens støtte var viktig for pasientens motivasjon til å mestre et liv med diabetes. Sosial støtte kan defineres som det å ha mennesker rundt seg som gir emosjonell, informativ og praktisk støtte (Lazarus & Folkman, 1984). Sosial støtte relatertes til mestring, men en må skille mellom sosial støtte og nettverket

da ikke alle sosiale nettverk er støttende (van Dam, et al., 2005). Hva andre personer mener og hvor viktig personen med type 2 diabetes mener dette er, vil også påvirke motivasjonen til egenbehandling (Bandura, 1997).

I denne studien trekker sykepleierne frem familien som et støttende nettverk og mente at pasienter som hadde nær familie mestret livet med type 2 diabetes bedre enn de som ikke hadde nær familie. Dette er i samsvar med tidligere studier som viser at den mest effektive støtten er et nært familiemedlem. Familie er en viktig kilde til å redusere stresset pasientene kan erfare ved å leve med type 2 diabetes (Taylor, 2006, s. 203), samt at det medfører en bedre regulering av sykdommen (van Dam, et al., 2005). Samtidig viser funnene at bare noen få av sykepleierne oppmuntret pasientene til å ta med familiemedlemmer til konsultasjonene. Konsultasjoner kan nyttes til formidling av kunnskap, opplæring og motivasjon, samt være en emosjonell og praktisk støtte og veiledning til familien (Kirkevold & Ekern, 2001). De fleste sykepleierne forholdt seg bare til pasienten. Dette kan reflektere at de ikke formidlet diabetesrelatert kompetanse til familien eller benyttet dem som motivator og ressurs. Funnene viser også at sykepleierne erfarte at enslige mestret sin diabetes dårligere, som de relaterte til manglende støtte. Taylor (2006) bekrefter også dette og sier at mangel på sosial støtte kan være stressende i seg selv, og ensomhet gir en risiko for helseproblemer. Sosial støtte kan ha den funksjonen at den gir pasienten troen på å klare egenbehandling. Manglende støtte kan dermed influere negativt på denne troen. Det kan medføre at endringer koster for mye, pasientene klarer ikke å motivere seg og gir opp.

5.1.3 Pasientens motivasjon for endring

Kartlegging av troen på å klare endringer er viktig for motivasjon. Det fremkom av funnene at sykepleierne raskt dannet seg et bilde av hvem som var motivert for endring og hvem som ikke var det. En studie av Wens et al. (2005) finner også at helsepersonell kategoriserer pasienter med type 2 diabetes enten som motiverte eller ikke motiverte for behandling. Sykepleierne i studien var samstemte på dette området. Dette kan reflektere at deres lange sykepleierfaring gjorde at de raskt kunne danne seg et bilde av pasientens motivasjonen for endring. En kan også anta at det var viktig for sykepleierne å gjøre denne differensieringen da pasientens ressurser og motivasjon danner grunnlag for individuell pasientopplæring (Lillemyr, 2007).

Sykepleierne hadde erfart at pasienter som var motiverte hadde ressurser og vilje til å gjøre noe med sin situasjon. Endring av livsstil betydde noe for dem. Sykepleierne hadde tro på at disse pasientene var motivert for endring og hadde en forventning om at de klarte endringer. Når noe betyr noe for en, vil en ha et indre driv eller en interesse for å klare dette og en ser nytten av. Det er i samsvar med både Eccles & Wigfield (2002) og Ryan & Deci (2000) som snakker om at indre motivasjon og nyttige handlinger er betydningsfullt for mestring. Det fremkommer også i studier at personer som er primært motivert av ytre faktorer, som for eksempel at de er opptatt av å spise sunn mat eller å trene for å tilfredsstille andre personers forventninger og krav, har mindre sjanse til å gjennomføre slik endring enn de som er indre motivert. For eksempel, de trener fordi de synes trening er både interessant og gøy (Dacey, Baltzell, & Zaichkowsky, 2008; Strachan & Brawley, 2009). Dette kan også sees i sammenheng med Expectancy-valueteori der en viktig personfaktor som pasientens tiltro til egne ressurser vil påvirke hvordan han/hun forventer å klare egenbehandling (Eccles & Wigfield, 2002; Wigfield & Eccles, 2000). I følge Eccles & Wigfield (2002) og Bandura (1997) har forventning om mestring betydning for atferd, tankemønstre og motivasjon. Denne forventningen er også bestemmende for valg av aktivitet, for innsats og utholdenhet. Tviler en på egen kompetanse, vil man fortære senke innsatsen og gi opp. Forventer en derimot å lykkes med en oppgave, vil man øke innsatsen og holde ut lenger når det blir utfordrende. En verdsetter høyst de aktivitetene en tror en vil lykkes med (Lillemyr, 2007). Det er gjort flere studier hvor begrepet self-efficacy er knyttet til kronisk sykdom (Holman & Lorig, 2004). Disse studiene viser at pasienter med høy mestringsforventning også har bedre diabetesregulering (Gleeson-Kreig, 2008; Sousa, Zauszniewski, Musil, Lea, & Davis, 2005; Wu, et al., 2007). Dette kan reflektere at sykepleierne mente det var viktig å kartlegge pasientenes tro på egne ressurser og motivasjon til endring.

Funnene tyder på at sykepleierne også hadde erfaring med pasienter som ikke var motivert. Pasientene hadde trolig ikke nok ressurser til å mestre livsstilsendringen. For disse pasientene ble sannsynligvis egenbehandling for krevende, antydte sykepleierne. Pasientene forventet ikke å mestre og gav fortære opp enn den andre gruppen. Eccles & Wigfield (2002) fremhever i sin teori at når oppgaver blir for krevende og konkurrerer med andre kjekkere oppgaver vil motivasjonen reduseres.

Oppsummert antyder denne studien at sykepleierne kartlegger viktige faktorer/ressurser som har betydning for motivasjon. Sykepleierne var oppriktig interessert i å kartlegge pasientens

ressurser for å danne et godt grunnlag for pasientopplæringen. Samtidig ut fra expectancy-value teori, indikerer funnene at sykepleierne har en tendens til å utelate andre faktorer særlig knyttet til verdi(value)-begrepet. For eksempel diskuterer ikke sykepleierne om de kartlegger pasientens interesser, hvor viktig pasienten synes det er å regulere diabetes, og om det å regulere diabetes kommer i konflikt med andre viktige aspekt i livet, eksempelvis det å være sammen med venner og spise god mat. Dette kan relateres til at sykepleierne i sin utdanning tradisjonelt har hatt fokus på omsorgs- og sykepleieteorier og mindre fokus på motivasjonsteorier (Kunnskapsdepartementet, 2008). Funnene viser også at motivasjon var et abstrakt begrep som de ikke tenkte så mye på i det daglige.

5.2 Sykepleier stimulerer pasientens tro på å klare egenbehandlingen av type 2 diabetes

Troen på at en klarer regulering av type 2 diabetes er vesentlig når krevende oppgaver skal mestres. Dette underkapittelet har som hensikt å diskutere de kategoriene som er fremkommet om hvordan sykepleierne stimulerer pasientens tro på å klare egenbehandling. Sykepleierne var opptatt av å knytte kontakt med pasientene, gjøre pasientopplæringen så ”skreddersydd” som mulig og var bevisst på å ta pasienten aktivt med i behandlingen. Kategoriene er nært knyttet sammen og må sees i en sammenheng. Det vil være unaturlig å skille kategoriene i samhandlingen med pasientene, men diskuteres enkeltvis her for oversiktens skyld.

5.2.1 Sykepleier etablerer gode relasjoner

Funnene viser at sykepleierne var opptatt av å skape et godt klima for motivasjon, læring og samhandling i møtet med pasientene. I følge Lillemyr (2007) kan et slikt møte påvirke pasientens forventning om å klare egenbehandlingen. Forskning viser at støtte fra helsepersonell har betydning for hvordan kronisk syke tilpasser seg sykdom, men det er uklart på hvilken måte (Thorne & Paterson, 2001). Sykepleierne hadde rik erfaring i å møte pasienter i sårbare situasjoner og de var bevisst på å møte pasientene med oppmerksomhet, varme og empati. Sykepleierne oppfordret pasientene til å fortelle hvordan de hadde det og lyttet til det. Det synes som om sykepleierne var nysgjerrige, interesserte og hadde et ønske om å sette seg inn i pasientens hverdag med type 2 diabetes. Gjennom samtale kan pasientens identitet og forståelse av situasjonen tre fram (Reitan, 2004). Det kan forstås slik at

sykepleierne la vekt på å skape en relasjon preget av trygghet og tillit hvor de etablerte et likeverdig forhold til pasientene. Ifølge Buber i Barbosa da Silva (2006) beskrives dette som en jeg-du relasjon. Det viser til likeverdigheten der både sykepleier og pasient har likeverdige kunnskaper og erfaringer.

Funnene viser at sykepleierne behandlet pasientene med respekt uansett om de klarte å motivere seg til endring eller ikke. Respekt for andre i et samarbeid betyr at en må få bekreftelse på sin klokhet, kunnskap og visdom (Wormnes & Manger, 2005). Sykepleierne roste og anerkjente pasientene for innsatsen de gjorde. Å få en bekreftelse og anerkjennelse på innsatsen sin kan være en sterk motivasjonsfaktor slik det også fremkommer i tidligere forskning (Hayes, et al., 2008). I følge Eccles & Wigfield (2002) og Bandura (1997) vil nettopp betydningen av å gjøre noe bra være viktig for pasientens selvoppfatning og det vil påvirke forventning om å klare egenbehandlingen.

Sykepleierne i undersøkelsen mente de skapte en jeg-du relasjon til pasientene selv om pasientene ikke mestret egenbehandling. En må likevel være oppmerksom på at pasientene kan ha en annen oppfattelse da funnene viser at sykepleierne kunne være strenge, og sykepleierne uttrykte også at pasientene merket på dem når de var litt skuffet over innsatsen. En studie av Zoffmann & Kirkevold (2005) sier at sykepleier ikke alltid er så opptatt av pasientens forventninger og bekymringer, og at det kan være en kilde til konflikt. Funnene viser at for å motivere til endring var det lov ”å heve pekefingeren”. Studier hvor det er gjort intervjuer med pasienter viser at trusler virker mot sin hensikt (Hornsten, et al., 2005; Hunt, et al., 1998). Sykepleierne mente at dersom de kunne ”skremme” på en empatisk måte kunne det være en vei å gå for å stimulere motivasjon. En bør likevel være varsom, som også sykepleierne reflekterte over, men kan det gjøres på en måte som aktiverer en jeg-du relasjon, vil pasienten trolig oppleve dette som omtanke og ikke som trusler.

5.2.2 ”Skreddersydd” opplæring

Funnene antyder at sykepleierne tok utgangspunkt i pasientens læreforutsetninger i opplæringen, noe som også litteraturen anbefaler (Hiim & Hippe, 2009; Vifladt & Hopen, 2004). Gjennom kartleggingen hadde de dannet seg bilde av pasientens kunnskap og ut fra dette planla de pasientopplæringen. Sykepleierne anså opplæring som sin hovedoppgave.

Læring handler om endring av mønstre, og endring og læring er uløselig knyttet sammen. Læring er noe som skjer med og i den enkelte, og målet for sykepleierne var å motivere pasientene ved å formidle kunnskap om sykdom og behandling for å gi den enkelte best mulig grunnlag for egne beslutninger (Vifladt & Hopen, 2004). Det hevdes at ved kronisk sykdom er kunnskap like viktig som medisiner (Vifladt & Hopen, 2004), og opplæring er en del av behandlingen (Helsedirektoratet, 2009).

Studier viser at pasientene ofte mangler kunnskap og forståelse av type 2 diabetes og det vanskeliggjør egenbehandlingen (Jallinoja, et al., 2007; Van der Arend, et al., 2000; Wens, et al., 2005). For eksempel, en svensk undersøkelse blant voksne med type 2 diabetes viste at mange ikke tror at type 2 diabetes er ekte diabetes (Holmström & Rosenqvist, 2005). Videre fremkom det i denne studien at mange ikke forstod sammenhengen mellom et sunt kosthold, trening og stabilt regulert blodsukker (Holmström & Rosenqvist, 2005). Funnene i min studie viste at sykepleierne ofte erfarte dette. De mente derimot at systematisk økning av kunnskap kunne gjøre pasientene bedre i stand til å forstå sykdommen slik at den enkelte klarer å gjøre gode behandlingsmessige valg i hverdagen.

I planleggingen av opplæringen skilte sykepleierne mellom de med nyoppdaget type 2 diabetes og ikke-nyoppdagede. De hadde en strengere struktur på hva det måtte undervises om til de nyoppdagede, de brukte lenger tid og hadde tettere oppfølging. En kan anta at dette var en bevisst handling fra sykepleierne da sykdommen stiller store krav til egenbehandling. Type 2 diabetes er en komplisert sykdom hvor pasienten selv må foreta komplekse avveininger for å opprettholde optimalt blodsukker (Karlsen, 2007). Pasientene som ikke var nyoppdaget hadde sykepleierne et mer ”avslappet” forhold til. De var mer opptatt av pasientens individuelle behov i øyeblikket enn alt som måtte læres. Dette kan forstås som om sykepleierne mente at disse pasientene hadde grunnleggende kunnskaper for å kunne mestre egenbehandlingen. Sykepleierne var heller mer opptatt av å tilføre det pasienten ønsket kunnskap om eller hjelp til for å klare hverdagen. Det er også i tråd med Nasjonale faglige retningslinjer som vektlegger at opplæringen er en kontinuerlig prosess i den individuelle oppfølgingen (Helsedirektoratet, 2009). I følge Eccles & Wigfield (2002) kan øking av kunnskap være viktig, men fører ikke til motivasjon i seg selv. Kunnskapen må også oppleves viktig for pasienten og først da kan den bidra til å øke motivasjonen for livsstilsendringer.

Funnene antyder dessuten at undervisningen måtte ”skreddersyes” for å være motiverende og den måtte være både teoretisk og praktisk. Sykepleierne gav pasientene teoretisk kunnskap, praktiske råd og hjalp dem med å lage vaner og struktur i den nye hverdagen. Nesten alle sykepleierne hadde laget sine egne opplegg for opplæring med utgangspunkt i retningslinjene for hva opplæring bør omfatte (Helsedirektoratet, 2009). Kunnskapen formidlet de muntlig og brukte hjelpemidler som flip-over, praktisk demonstrasjon og skriftlige brosjyrer /informasjon for å forsterke den muntlige informasjonen. Hjelpemidler er til for å komplettere, stimulere og befestet et budskap som gis (Vifladt & Hopen, 2004). Det kan være med på å øke forventning om mestring, men pasienten må oppleve det som nyttig. Individualisering, konkretisering og praktisk demonstrering i samarbeid med pasientene fremmer god læring og kan også øke mestringsforventningen (Hiim & Hippe, 2009; Vifladt & Hopen, 2004).

De nasjonale faglige retningslinjene vektlegger at undervisningen må tilpasses alder, modenhet og mottakelighet (Helsedirektoratet, 2009). Funnene kan reflektere at gjennom sin måte å veilede på motiverte sykepleierne pasienten til å få troen på at det var mulig å klare egenbehandlingen. Samtidig viser også funnene at sykepleierne av og til tok den belærende rollen. Dette kan bety at sykepleierne til tider synes det var vanskelig å være oppmerksom på pasientens behov og ønsker. Funnene i min studie er i tråd med forskning som viser at mange sykepleiere står i fare for å være mer opptatt av alt de skal formidle enn å høre hva pasienten er opptatt av og mottakelig for (Holmstrøm et al., 2004; Hunt et al., 1998; Stubblefield & Mutha, 2002). Funnene mine kan også reflektere over det faktum at sykepleierne opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig opplæring i veiledningsteknikker når pasientsituasjonene ble krevende. Det kan hemme pasientens motivasjonen og forventningen om å klare egenbehandlingen. Kun en av sykepleierne hadde fått opplæring i metoden ”den motiverende samtale” og brukte denne i konsultasjon med pasientene. Hun mente metoden var et godt, men krevende redskap da en måtte være svært konsentrert for å la pasienten slippe til med sin kompetanse. Dessuten kreves det mye trening for at metoden skal bli integrert i en selv, noe som også understrekes i tidligere forskningen (Anderson & Funnell, 2005; Britt, Hudson, & Blampied, 2004; Hayes, et al., 2008).

Videre antyder funnene at all opplæring sykepleierne gav var individuell. Samtidig kom det frem i fokusgruppediskusjonen om gruppeundervisning burde være et supplement til dette for å favne den økende gruppen med type 2 diabetes. Sykepleierne ikke var helt enige her. De som syntes at gruppe var et flott tilbud hadde erfart det i en eller annen sammenheng. Det kan

tyde på at sykepleierne har en formening om at deltakerne vil ha glede av hverandres kunnskap og erfaringer. Likemenn kan være en viktig motivasjonsfaktor for å klare egenbehandlingen, og i følge Bandura (1997) er modell-læring viktig for motivasjon der personer vi har tiltro til kan påvirke vår atferd. I følge en reviewartikkel om sosial støtte av van Dams m.fl. (2005) blir gruppekonsultasjoner både med likemenn og helsepersonell ansett som lovende når det gjelder å bedre mestring av egenbehandling. Gruppebasert tilnærming har i studier visst seg å gi bedring av verdier, endring av vaner og bedre ferdigheter vedrørende egenbehandling (Adolfsson, Starrin, Smide, & Wikblad, 2008; Deakin, Cade, Williams, & Greenwood, 2006; Karlsen, Idsoe, Dirdal, Rokne Hanestad, & Bru, 2004).

Noen sykepleiere mente individuell opplæring var best da type 2 diabetes er en sykdom med mange fasetter som gjør det vanskelig å sammenligne seg med likemenn. Det kan tyde på at sykepleierne ikke hadde tro på at det å dele erfaringer er motiverende, men kan heller bli forvirrende da sykdommen arter seg ulikt hos den enkelte. Funnene viser at bare en sykepleier hadde opplæring i gruppeundervisning. Manglende gruppeundervisning eller ønske om dette kan også reflektere at sykepleierne ikke hadde fått opplæring og trening i dette og dermed følte seg usikre.

5.2.3 Stimulere til pasientens medbestemmelse i egenbehandling

Funnene antyder at sykepleierne var bevisst på at diabetesomsorgen hadde endret seg fra tidligere hvor legen bestemte all behandling pasienten, til i dag der hensikten er at pasientene skal bli mer selvstendige, ha tro på seg selv og sine egne vurderinger og dermed ta mer ansvar for egen helse (Tang, Funnell, Brown, & Kurlander, 2010). Helsepersonell har en lang tradisjon på å ta bestemmelser for pasientene som var basert på en tro om at de visste hva som var best for pasienten. Som en reaksjon på dette har det fra 1970-tallet utviklet seg et annet syn på pasientbehandling som har fokus på at pasienten er ekspert på sitt liv og de følelser og forventninger som knytter seg til livet med type 2 diabetes (Holmstrom & Roing, 2010). Pasienten er en partner på lik linje med helsepersonell (Funnell & Anderson, 2004). Det reflekterer at pasientens ressurser er anerkjent som verdifulle i pasientopplæringen. Lovgivningen styrker også dette perspektivet da det i Norge er det en lovfestet rett til både medvirkning og pasientopplæring (Helsepersonelloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I de senere årene er det utviklet flere modeller/teorier som setter fokus på medvirkning,

for eksempel pasientsentret tilnærming¹ og empowerment² (Holmstrom & Roing, 2010; Tang, et al., 2010). Sykepleierne i studien brukte ikke disse begrepene, men det fremkommer likevel at disse begrepene er i integrert i dem.

Sykepleierne i min studie mente at medbestemmelse var viktig for pasientens motivasjon og forventning om å klare egenbehandlingen. I følge både Eccles & Wigfield (2002) og Ryan & Deci (2000) er medbestemmelse en forutsetning for indre motivasjon. For å la pasienten bli medvirkende og motivert må sykepleier omdefinere sin tradisjonelle ekspertrolle til å bli en ressurs som skal virke i samarbeid med og på pasientens premisser (Wormnes & Manger, 2005). Begge må være innforstått med disse rollene hvis en skal lykkes. Sykepleierne i min studie syntes det var en utfordrende og krevende oppgave å motivere pasienten til denne aktive rollen, viser funnene. De følte de ikke strakk til noen ganger, spesielt når de veiledet pasienter de kalte ”krevende”. Dette kan tolkes som om at den ”nye rollen” var utfordrende, noe som igjen kan henge sammen med at mange ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring i hvordan de kan endre den tradisjonelle ekspertrollen til en mer rådgivende og støttende rolle. Funnene er i tråd med forskning som viser at helsepersonell mangler nødvendig kunnskap om livsstilendringer og hvordan veilede pasientene i den aktive rollen (Anderson & Funnell, 2005; Jallinoja, et al., 2007). Slik manglende opplæring kan gjøre sykepleierne utrygge, men funnene antyder at sykepleierne likevel brukte sin erfaring og valgte motiverende handlinger hvor de trakk pasienten aktivt med selv om tiltakene nødvendigvis ikke var valgt ut fra en bestemt teori eller metode.

Funnene i studien antyder at sykepleierne vektla refleksjon som betydningsfull for medbestemmelse og motivering i pasientopplæringen. Sykepleierne var oppmerksomme på pasientenes opplevelser og hverdag med type 2 diabetes. De spurte ofte pasientene hva de var opptatt av, ville snakke om og lyttet til dette. Gjennom refleksjon fikk sykepleierne pasientene

¹ Pasientsentert tilnærming består i følge Mead & Bower (2000) av fem dimensjoner: 1. Omsorgsgivers oppmerksomhet på biologiske, psykiske og sosiale aspekter av pasientens helse, 2. Forstå pasienten som en person og sykdommens betydning for han/henne, 3. Helsepersonell og pasient deler makt og ansvar, 4. Etablere en terapeutisk allianse og 5. Være oppmerksom på at helsepersonell også er en person.

² Empowerment kan defineres som myndiggjøring, styrking eller bemyndigelse. Personens selvbestemmelse er i fokus (Stang, 2003). Funnell (2004) definerer empowerment slik: *“Patient empowerment is defined as helping people to discover and use their own innate ability to gain mastery over their diabetes”*.

til å fortelle om viktige ting og utfordringer og på denne måten kan refleksjon øke bevisstheten om beslutninger som tas vedrørende egenbehandling. Dette er i tråd med Mabeck (2005) som poengterer at sykepleiers oppgave blant annet er å stimulere pasientene til å fortelle om sine utfordringer og finne løsninger på sine problem. God kommunikasjon med bruk av åpne spørsmål, aktiv lytting og empatisk væremåte var metoder de brukte for å få pasientene til å reflektere over egen situasjon. Dette er i samsvar med tidligere forskning som nettopp trekker frem kommunikasjon og refleksjon som en god måte å få innsikt i pasientens liv med kronisk sykdom, samt enes om beslutninger vedrørende behandling (Zoffmann, Harder, & Kirkevold, 2008). Mine funn kan tyde på at sykepleier gjennom refleksjon fikk pasienten til uttrykke sine behov og at dette kunne gi dem en indre motivasjon til å kontinuere en strevsom egenbehandling. Sykepleierne syntes å ta veilederrollen sin på alvor og dette ville stimulere pasienten til å tro at han/hun kan klare endringer.

Funnene viser at sykepleierne mente det var viktig å sette opp mål sammen med pasientene. Hensikten var å trekke pasientene aktivt med i pasientopplæring. Dette reflekterer at sykepleierne anså mål som motiverende for å klare endringer. I følge Vifladdt & Hopen (2004) er mål nettopp med på å motivere oss, og målene må være viktig for pasienten. De fleste av sykepleierne var bevisst på at pasientene skulle bestemme målene. Først da blir målene motivasjonsdrivende nok til å medføre endring av atferd. Målene brukte sykepleierne til å lage struktur og klargjøre hva pasientene skulle ha fokus på. Sykepleierne brukte både kort- og langsiktige mål for å gjøre oppgavens vanskelighetsgrad overkommelig og oppnåbar. En slik bruk av mål kan stimulere troen på at det er mulig å klare endringer (Lillemyr, 2007). Pasienten bestemmer selv hva de vil jobbe med, og sykepleiers rolle er å formidle kunnskap, samt støtte pasienten i bestrebelsene på å nå målene (Wormnes & Manger, 2005). En kan da tro at pasientene velger å jobbe med oppgaver de synes er interessante og da har oppgavene en personlig verdi for dem og det kan bidra til motivasjon. Dette er også i tråd med tidligere forskning som påpeker at pasientene motiveres av å få jobbe med oppgaver de selv har valgt ut som interessante (Anderson & Funnell, 2005; Britt, et al., 2004; Funnell & Anderson, 2004; Wigfield & Eccles, 2000).

Videre viser funnene at sykepleierne syntes det var utfordrende å motivere pasientene til å nå behandlingsmålene som var bestemt av de nasjonale faglige retningslinjene (Helsedirektoratet, 2009). Forskning viser at kvaliteten på diabetesbehandling i allmenpraksis har bedret seg (Claudi, et al., 2008) men at bare 7% nådde de anbefalte behandlingsmålene fra

2005 (Jenum, et al., 2008). Retningslinjene er klare på at 30 minutter fysisk aktivitet daglig er nødvendig (Helsedirektoratet, 2009), men sykepleierne i min studie syntes retningslinjene var strenge og anbefalte derfor fysisk aktivitet kun 2-3 ganger i uken. HbA1c < 7% var også et mål som sykepleierne syntes var vanskelig å motivere pasientene til å nå. Dette kan reflektere at sykepleierne mente kravene var høye og at det dermed var vanskelig å veilede mot så strenge krav. Pasientene kan også miste muligheten til selv å være med på å påvirke egen behandling. En kan anta at sykepleierne derfor fryktet at pasientene kunne miste motivasjonen og troen på å klare endringer. Når målene er gitt kan det komme i konflikt med den individuelle veiledningen av pasientene. Sykepleierne i studien løste oftest utfordringen og lot pasientene medvirke ved å lage delmål som skulle lede mot det endelige målet, der hovedfokus i samtale var delmålene. De la også vekt på å bruke lang tid på endringene. Det reflekterer at sykepleierne var bevisste på at de på denne måten kunne motivere pasientene til å tro at det var mulig å klare egenbehandling og dermed bidra til forventning om å klare endringer. Dette er i tråd med Wormnes & Manger (2005) som vektlegger betydningen av oppbygging av en allianse der sykepleier og pasient samarbeider om å definere målene og metodene for videreutvikling for å de beste resultatene.

Oppsummert viser funnene at sykepleierne velger mange motiverende tiltak for å stimulere pasientens tro på å lykkes med regulering av type 2 diabetes. Når pasientsituasjonene blir utfordrende og/eller når sykepleierne skal stimulere pasientene til den aktive medbestemmende rollen, indikerer funnene at de ikke har tilstrekkelig opplæring i relevante veiledningsmetoder. Tross dette velger sykepleierne motiverende tiltak ut fra sin erfaring, men som nødvendigvis ikke alltid er teoretisk forankret.

5.3 Organisatoriske og kontekstuelle forhold på arbeidsplassen

I dette underkapittelet vil jeg diskutere faktorer som må være til stede for at sykepleierne skal kunne stimulere til motivasjon. Jeg diskuterer først sykepleiernes kompetanse, engasjement og rolle som er vesentlig for at pasientene skal få den opplæring de trenger for å klare egenbehandling. Deretter diskuterer jeg betydningen av at det er tilrettelagt for pasientopplæring på arbeidsplassen.

5.3.1 Sykepleiers kompetanse, engasjement og rolle

Sykepleierne brukte både sine erfaringer og teoretiske kompetanse når de støttet og motiverte pasienten til egenbehandling, viser funnene. 20% av sykepleierne i studien hadde videreutdanning i diabetessykepleie, og alle hadde tilegnet seg kunnskap gjennom hospiteringer og ulike kurs, og som de sa: *”Vi går jo mye på kurs. Diabetes er faktisk en av de tingene det er kurs i.”* De fleste sykepleierne var medlemmer av FFD (Fagforeningen for diabetessykepleiere) og deltok på deres medlemsmøter. Dette reflekterer at sykepleierne var faglig interessert og ønsket å oppdatere seg på ny kunnskap. Sykepleierne hadde jobbet i snitt i 13 år med pasientopplæring av type 2 diabetes. Det viser lang erfaring og kan tolkes slik at de fleste har erfaringskunnskap om hva som er viktig og hensiktsmessig å ta fatt i ved pasientopplæringen. Kunnskap og erfaring var trolig integrert i måten de utøvet sin sykepleiefunksjon på. I følge Benners (1995) modell ”fra novise til ekspert” kan dette være ekspertsykepleieren som med sin erfaringsbakgrunn har fått et intuitivt grep om ulike situasjoner og kan zoome inn på det som er viktig i den settingen de er i. Den intuitive vurdering kjennetegnes av at sykepleier gjenkjenner mønstre eller likhetstrekk. Dette krever refleksjon og vil ta år å utvikle, sier Benner (1995). Mine funn viser at sykepleierne var reflekterte og bevisste på mange handlinger, men velger også intuitivt motiverende handlinger uten at de nødvendigvis kan artikulere hvorfor de valgte den aktuelle handlingen. I følge Benner (1995) kan dette være den såkalte ”tause kunnskap” der handlingene er så integrert i sykepleierne at det blir vanskelig for dem å uttale hvorfor de handler som de gjør.

Funnene indikerer at sykepleierne i studien også hadde et stort engasjement for denne pasientgruppen. Dette viste seg blant annet ved at de oppgav sitt eget telefonnummer når pasienter startet med insulin, de fulgte dem opp og var tilgjengelig for pasientene utenom konsultasjonene. I følge Benner & Wrubel i Konsmo (1995) er det helt nødvendig at sykepleiere bryr seg om pasientene sine, engasjerer seg i dem for å forstå pasientens situasjon og se hvilke muligheter som ligger i den. Eccles & Wigfield (2002) hevder også at andre personers atferd og holdninger er betydningsfulle når en skal stimulere til motivasjon.

Funnene viser også at de fleste sykepleiere fikk utøve en selvstendig rolle i pasientopplæringen. En kan anta at denne selvstendige rollen har betydning for det engasjementet sykepleierne viste. Den kan gi sykepleierne et ”drive” i motivasjonsarbeidet da

de får anvende sin kompetanse på et selvstendig grunnlag. Sykepleiers rolle kan også vise igjen på behandlingsresultater. Tidligere forskning viser nettopp at når sykepleiere motiverte og stimulerte til egenbehandling, gav opplæring/veiledning, og støttet pasienten både fysisk og psykisk, medførte dette at pasientene fikk bedre metabolsk kontroll og reduserte diabetessymptom (Carey & Courtenay, 2007). Type 2 diabetes er en av de sykdommene der sykepleiere kan veilede svært selvstendig på de fleste områder bare de har kompetanse og får anledning til det. I følge Bodenheimer et al. (2005) kan sykepleiere erstatte legen i flere aspekter ved diabetesomsorgen bare de får tilstrekkelig opplæring. Funnene antyder at noen av sykepleierne i studien var så selvstendige at de tok ansvar for justering av insulindoseringen i tillegg til veiledning av kost, aktivitet og støtte av psykososiale utfordringer. Legene spurte også sykepleierne etter deres mening eller bad om råd i ulike pasientsituasjoner. Det kan gi sykepleierne en opplevelse av at de gjør en viktig jobb og kan også stimulere til engasjement og påvirke den selvstendige rollen.

5.3.2 Organisering av pasientopplæring på arbeidsplassen

Personer med type 2 diabetes følges hovedsakelig opp av primærhelsetjenesten, men ved dårlig regulert diabetes eller kompliserende tilleggslidelser deles ofte ansvaret mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009). Det medfører at sykepleiere på alle nivå i helsetjenesten kommer i kontakt med personer med type 2 diabetes. Funnene viser at alle sykepleierne i studien hadde ansvar i større eller mindre grad for pasientopplæring på sine respektive arbeidsplasser. De fleste av sykepleierne hadde tilrettelagt for pasientopplæring og utøvet en selvstendig veiledningsfunksjon. Funnene antyder også at organisatorisk forhold på arbeidsplassen spiller en sentral rolle vedrørende sykepleiers selvstendige rolle i pasientopplæringen. Plan og struktur over sykepleiers arbeid var vesentlig. De hadde egne konsultasjoner og oppfølging av pasienten der de stort sett hadde tid og ro nok til å gjennomføre konsultasjonene. Dette kan reflektere over betydningen av at god struktur legger til rette for at sykepleierne skal kunne gi god pasientopplæring. Sykepleierne hadde mulighet til å stimulere til motivasjon slik at personer med type 2 diabetes får en forventning om å mestre egenbehandlingen.

Noen av sykepleierne som jobbet i sykehus var del av et diabetesteam, mens sykepleierne i primærhelsetjenesten samarbeidet bare aktivt med legen og dannet på denne måten et mindre team. Studier av Aschner et al. (2007) og Van Brugger et al. (2007) finner at pasienter med type 2 diabetes fulgt opp av diabetesteam har en større bedring av HbA1c enn de som kun

følges opp av allmennlege. Sykepleier er en naturlig del av et diabetesteam og spiller derfor en viktig rolle i pasientopplæringen når forholdene legges til rette. Dette er også i tråd med nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009) som anbefaler diabetesteam i spesialisthelsetjenesten, men nevner ikke dette eksplisitt vedrørende primærhelsetjenesten. Imidlertid anbefales det at en eller flere medarbeidere deltar aktivt i diabetesomsorgen. Hoveddelen av sykepleierne jobbet hos allmennlege hvor de hadde et spesielt ansvar for pasienter med type 2 diabetes. Forskning viser at kvaliteten på diabetesbehandling har bedret seg i allmennpraksis (Claudi, et al., 2008) og en kan anta at også disse sykepleierne er med på bidra til bedre diabetesomsorg slik at pasientene kan motiveres til å mestre egenbehandling.

Funnene viser også at hos noen av sykepleierne var det ikke tilrettelagt for pasientopplæring på arbeidsplassen. Det medførte at sykepleierne ikke hadde egne konsultasjoner, men hadde tilfeldige møter med pasientene hvor egenbehandling ble diskutert. Sykepleierne syntes dette var beklagelig. Det kan antas at sykepleierne dermed ikke fikk brukt kompetansen sin tilstrekkelig. Dette kan igjen medføre at de føler seg usikre i pasientveiledning. I følge Eccles & Wigfield (2002) kan det bli for vanskelig for personer å klare endringer når støtteapparatet ikke har mulighet til å gi dem den støtten og opplæringen de trenger for å mestre livet. Sykepleierne i min studie mente at økonomiske årsaker var en av grunnen til de ikke fikk tilrettelagt for pasientopplæring. De kunne ikke utløse takster for kontroll/oppfølgning av pasientene og de fikk heller ikke gå på kurs som kreves for å holde seg faglig oppdatert. En kan anta at det ble for ressurskrevende for arbeidsgiver å avsette en sykepleier til pasientopplæring og oppfølging. Aschener et al. (2007) og Van Brugger et al. (2007) påpeker at særlig pasientopplæring og videreutdanning av teammedlemmene er vesentlig for god behandling. Det kan forstås slik at skal pasientene få opplæringen de trenger for å mestre egenbehandlingen, sykepleierne beholde interessen for pasientgruppen og nye sykepleiere komme til, må det legges til rette for like vilkår uavhengig av arbeidssted.

Oppsummert indikerer funnene at sykepleierne har god kompetanse og lang erfaring. De er engasjerte i pasientene, men for å få utnyttet sin kompetanse og stimulere til motivasjon er det viktig at det legges til rette for pasientopplæring på arbeidsplassen.

6.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER

Hensikten med denne studien var gjennom teori og empiri å få en dypere innsikt i hvordan sykepleiere stimulerer til motivasjon hos voksne med type 2 diabetes slik at de oppnår tilfredsstillende egenbehandling av sykdommen. Som tidligere nevnt er egenbehandling av type 2 diabetes er svært krevende og studier viser at manglende motivasjon kan være en viktig årsak at pasientene ikke klarer å regulere sin diabetes (Peyrot & Rubin, 2007; Ruderfelt & Axelsson, 2004). Jeg ønsket gjennom sykepleiernes beskrivelser å få innsikt i hva sykepleierne la vekt på for å motivere pasientene til egenbehandling, samt hvilke faktorer som måtte være tilstede for at sykepleierne kunne stimulere til motivasjon. I dette kapittelet oppsummerer jeg noen av de viktigste resultatene med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, deretter påpeker jeg implikasjoner for praksis og videre forskning.

6.1 Hva vektlegger sykepleier i stimulering av motivasjon for å oppnå adekvat egenbehandling?

Sykepleierne i studien hadde behov for å danne seg et bilde av hvor motivert personen med type 2 diabetes var for å gjøre endringer. De brukte sin erfaring og ikke en bestemt mal når de kartla ressursene. Funnene viser at de kartla viktige personlige og sosiale ressurser som har betydning for motivasjon som pasientens kunnskaper som sykdom og alvorlighetsgrad, psykiske reaksjoner, tidligere erfaringer og pasientens nettverk. Samtidig antyder også funnene at sykepleierne utelater andre faktorer som i følge expectancy-value teori er viktig for motivasjon. Disse ressursene/faktorene er knyttet til verdibegrepet. For eksempel kartla de ikke pasientens interesser, hvor viktig det er for pasienten å mestre egenbehandling og om det å regulere diabetes kommer i konflikt med andre viktige aspekt i livet. Dette kan reflektere at sykepleierne i sin utdanning tradisjonelt har hatt fokus på omsorgs- og sykepleieteorier og mindre fokus på motivasjonsteorier. Funnene viser at motivasjon var et abstrakt begrep som sykepleierne ikke tenkte så mye på i det daglige. Sykepleierne kartla likevel viktige ressurser for motivasjon og var tydelige på at det var pasientens ressurser som dannet grunnlaget for individuell pasientopplæring.

Sykepleierne la vekt på å motivere og handle på en slik måte at det styrket pasientens tro på at det var mulig å klare egenbehandling, viser funnene. De vektla å etablere god kontakt, gi ”skreddersydd” opplæring og praktisk råd, samt stimulere pasienten til medbestemmelse i egenbehandlingen. Sykepleierne sin atferd i møtet med pasienten syntes å være veloverveid. De var opptatt av å skape trygghet og tillit og anså det som ”inngangsbilletten” for å motivere til endringer. Sykepleierne mente at økt kunnskap kan styrke pasientens motivasjon for endring, og sykepleierne anså pasientopplæring som sin hovedoppgave. Funnene viser at pasientopplæringen var både teoretisk og praktisk, den var strukturert og sykepleierne tok hensyn til pasientens læreforutsetninger ved å ”skreddersy” opplæringen til den enkelte pasient. Pasientens medbestemmelse var viktig og gjennom refleksjon og bruk av mål trakk sykepleierne pasientene aktivt med i behandlingen. Samtidig indikerer funnene at når pasientsituasjonene ble utfordrende og/eller når sykepleierne skulle stimulere pasientene til den aktive medbestemmende rollen, manglet sykepleierne verktøy eller opplæring i relevante veiledningsmetoder. Tross dette velger sykepleierne ofte motiverende tiltak ut fra sin erfaring og ikke nødvendigvis etter en bestemt teori eller modell.

6.2 Hvilke faktorer mener sykepleier påvirker muligheten til stimulering av motivasjon?

Sykepleiers rolle, kompetanse og engasjement er viktige faktorer når en skal stimulere til motivasjon. Funnene viser at sykepleierne hadde god kompetanse og lang erfaring med personer med type 2 diabetes. De var engasjerte i pasientene, var tilgjengelig for dem, og var faglig interessert og opptatt av å øke sin kompetanse. De fleste sykepleierne hadde en selvstendig rolle i pasientopplæring, men for å få utnyttet sin kompetanse og stimulere til motivasjon antyder funnene at organisatoriske forhold på arbeidsplassen var en vesentlig faktor for å få dette til.

Funnene viser at de fleste sykepleierne hadde tilrettelagt for pasientopplæring og fikk utøve en selvstendig veiledningsfunksjon. Sykepleierne hadde egne konsultasjoner med pasientene, de fulgte dem opp og de hadde stort sett tid nok til pasientopplæring. Sykepleierne hadde nært samarbeid med pasientens lege og noen jobbet i team. Funnene viser samtidig at hos noen av sykepleierne var det ikke tilrettelagt for pasientopplæring. De hadde ingen selvstendig veiledende funksjon og møtene med pasientene var tilfeldige og uten struktur. Økonomiske

forhold pekte sykepleierne på som en av årsakene. Sykepleiere kunne ikke utløse takst for pasientopplæring og det vil dermed være et økonomisk tap for arbeidsgiver å avsette ressurser til dette.

Jeg har fått bekreftet min antagelse om at sykepleierne setter i verk mange motiverende handlinger. Det overraskende var at på noen områder handlet sykepleierne svært bevisst og hadde en klar hensikt med handlingene de valgte, for eksempel når de etablerte gode relasjoner, samt når de gav teoretisk og praktisk opplæring. På andre områder var handlingene ikke så bevisste for eksempel når de kartla pasientens motivasjon for endring eller skulle la pasientene være medbestemmende og aktiv. Funnene viser likevel at de fokuserer på mange handlinger som kan fremme motivasjon. Det tyder på at sykepleierne ofte brukte sin ekspert- og erfaringskunnskap når de stimulerte til motivasjon. Når situasjoner ble vanskelige, for eksempel når pasientene ikke ønsket å endre på sin livsstil eller det var utfordrende å la pasientene ta aktivt del i behandling, syntes sykepleierne de av og til kom til kort. Det kan skyldes at sykepleierne ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring i veiledningsteknikker. Forutsetningen for at sykepleierne kunne motivere pasientene til egenbehandling, var at det var tilrettelagt for pasientopplæring på arbeidsplassen.

6.3 Implikasjoner for praksis

Studien viser at sykepleierne iverksetter mange motiverende tiltak for å stimulere personer med type 2 diabetes til å oppnå tilfredsstillende egenbehandling. Samtidig peker det seg ut noen områder som kan forbedre pasientopplæringen med tanke på motivasjon. Kartlegging av pasientens ressurser viste seg å være viktig for å danne seg et bilde av pasientens motivasjon for endring. Kartlegging var hos de fleste ikke en bevisst handling, men sykepleierne innhentet de nødvendige opplysningene ut fra erfaring. Det bør trolig utarbeides maler ut fra en motivasjonstenkning om hvilke ressurser som bør kartlegges for å kunne motivere pasientene til endring.

De fleste av sykepleierne hadde god kompetanse og erfaring med opplæring av personer med type 2 diabetes. De mestret godt tradisjonell individuell pasientveiledning, men de hadde ikke opplæring eller trening i hvordan de skulle la pasienten være den aktive part og motivere når det ble vanskelig. Praksis må derfor legge til rette for at sykepleierne får denne type

opplæring da det kan være avgjørende for hvor motivert pasientene blir for å gjøre endringer og for å mestre egenbehandling. Sykepleierne hadde heller ikke tilstrekkelig kompetanse i gruppeveiledning. Det vil trolig også være behov for et økende tilbud om gruppeveiledning da personer med type 2 diabetes er sterkt økende. Gruppeveiledning kan trolig bidra til å øke pasientens kompetanse, men sykepleier trenger opplæring i gruppeveiledning for å kunne gi dette tilbudet.

De fleste av sykepleierne forholdt seg bare til pasienten, men mente at familiens støtte var svært viktig for motivasjon til egenbehandling, slik litteraturen også anbefaler. Det bør legges til rette for mer aktiv bruk av familie i ordinære konsultasjoner da dette er en sykdom som påvirker hele familien. Sykepleierne bør formidle diabetesrelatert kompetanse til begge parter. En kan på denne måten benytte familien som motivator og ressurs. Sykepleierne var bekymret for dem som ikke hadde familie eller støtte, og erfarte at de mestret egenbehandling dårligere enn de som hadde støtte. Likemenn kan være en god støtte for personer med type 2 diabetes, men sykepleierne benyttet dem lite i pasientopplæringen. Likemenn har en kompetanse som helsepersonell ikke har og de kan trolig lettere identifisere seg med andre som er i samme situasjon. Praksis bør i større grad legge til rette for et gruppetilbud med likemenn og sykepleieren bør også være flinkere å benytte tilbudet som finnes for eksempel gjennom lærings- og mestringssentrene.

Sykepleierne er avhengig av at det er tilrettelagt og organisert for pasientopplæring på arbeidsplassen hvis de skal motivere til egenbehandling. Funnene viser at det ikke var tilrettelagt for alle. Dersom interessen for sykepleiere i allmennpraksis skal øke, er det naturlig å anta at det er behov for utvidede økonomiske insentiver slik sykepleierne også hevder. Den økende pasientgruppen med type 2 diabetes vil ha behov for kvalifisert helsepersonell og det bør ikke være tilfeldig hvilken diabetesomsorg pasienten blir tilbudt.

6.4 Implikasjoner for videre forskning

Denne studien gir kunnskap om hva sykepleierne faktisk gjør når de motiverer personer med type 2 diabetes og beskriver viktige handlinger som er motivasjonsfremmende for å oppnå tilfredsstillende egenbehandling. Studien er begrenset til 10 sykepleiere fordelt på to fokusgrupper. Resultatene gir ingen mulighet for generalisering, men kan gi en pekepinne på viktige handlinger som fremmer motivasjon. Siden det er gjort få studier om dette temaet vil

det være behov for videre forskning for å undersøke om funnene kan være aktuelle for andre sykepleiere i lignende kontekster og for sykepleiere som veileder andre med kronisk sykdom. Norge har i dag et flerkulturelt samfunn og en vet at personer fra sørasatiske land har høyere forekomst av type 2 diabetes (Jenum, Holme, Graff-Iversen, & Birkeland, 2005). Det kunne både vært interessant og nyttig å undersøke hvordan sykepleiere motiverer personer fra andre kulturer til å mestre egenbehandling da dette vil også vil være en økende gruppe. Det kunne også vært interessant å supplere denne studien med hva pasientene mener er viktig når sykepleiere skal stimulere til motivasjon. Da kunne en sett om det var samsvar mellom hva sykepleier og pasient mener er motivasjonsfremmende for å mestre egenbehandling.

REFERANSELISTE

- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.
- Adolfsson, E. T., Starrin, B., Smide, B., & Wikblad, K. (2008). Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches -- a qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 45(7), 986-994.
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*, 57(2), 153-157.
- Aschner, P., LaSalle, J., & McGill, M. (2007). The team approach to diabetes management: partnering with patients. *International Journal Of Clinical Practice. Supplement*(157), 22-30.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Barbosa da Silva, A., & Andersson, M. (1993). *Vetenskap och människosyn i sjukvården: en introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik*. Stockholm: SHSTF.
- Barbosa da Silva, A., Hugaas, J. V., Ljungquist, M., & Norheim, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barbour, R. S., & Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Sage.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: I samarbeid med Munksgaard.
- Bodenheimer, T., MacGregor, K., & Stothart, N. (2005). Nurses as leaders in chronic care. *British Medical Journal*, 330(7492), 612-613.
- Britt, E., Hudson, S. M., & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 147-155.
- Carey, N., & Courtenay, M. (2007). A review of the activity and effects of nurse-led care in diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11C), 296-304.
- Clark, M. (2005). Healthcare professionals' versus patients' perspectives on diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*.
- Claudi, T., Ingskog, W., Cooper, J. G., Jenum, A. K., & Hausken, M. F. (2008). Kvaliteten på diabetesbehandlingen i allmennpraksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128, 2570-2574.

- Cooper, H., Booth, K., & Gill, G. (2003). Using combined research methods for exploring diabetes patient education. *Patient Education & Counseling*, 51(1), 45-52.
- Dacey, M., Baltzell, A., & Zaichkowsky, L. (2008). Older adults' intrinsic and extrinsic motivation toward physical activity. *American Journal of Health Behavior*, 32(6), 570-582.
- De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. from [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf) Lastet ned 30.10.09.
- Deakin, T. A., Cade, J. E., Williams, R., & Greenwood, D. C. (2006). Structured patient education: the Diabetes X-PERT Programme makes a difference. *Diabetic Medicine*, 23(9), 944-954.
- Eccles, J. S., & Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values and goals. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 109.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elo, S., & Kyngnäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal Of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Funnell, M. M. (2004). Patient Empowerment. *Critical Care Nursing Quarterly*, 27(2), 201-204.
- Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical diabetes*, 22(3), 123-127.
- Gjengedal, E., & Hanestad, B. R. (2007). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Gleeson-Kreig, J. (2008). Social support and physical activity in type 2 diabetes: a social-ecologic approach. *The Diabetes Educator*, 34(6), 1037-1044.
- Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., & Ritterband, L. M. (2002). Diabetes and Behavioral Medicine: The Second Decade. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70(3), 611.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.

- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Hayes, E., & Kalmakis, K. A. (2007). From the sidelines: coaching as a nurse practitioner strategy for improving health outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(11), 555-562.
- Hayes, E., McCahon, C., Panahi, M. R., Hamre, T., & Pohlman, K. (2008). Alliance not compliance: Coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(3), 155-162.
- Helse- og sosialdepartementet (2006). *Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010*. from http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/Nasjonal-strategi-for-diabetesområdet-2006---2010.html?id=106611 Lastet ned 20.10.2007.
- Helsedirektoratet (2008). *Skapes helse, skapes velferd: Helsesystemets rolle i det norske samfunnet*. from www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00051/Utviklingstrekk_i_he_51899a.pdf Lastet ned 18.11.09.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling*.
- Hiim, H., & Hippe, E. (2009). *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hiss, R. G., Armbruster, B. A., Gillard, M. L., & McClure, L. A. (2007). Nurse care manager collaboration with community-based physicians providing diabetes care: a randomized controlled trial. *The Diabetes Educator*, 33(3), 493-502.
- Holman, H., & Lorig, K. (2004). Patient Self-Management: A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease. *Public Health Reports*, 119(3), 239-243.
- Holmström, I., & Roing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient Education & Counseling*, 79(2), 167-172.
- Holmström, I., & Rosenqvist, U. (2005). Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 146-154.
- Holmström, I., Larsson, J., Lindberg, E. & Rosenqvist, U. (2004). Improving the diabetes-patient encounter by reflective tutoring for staff. *Patient Education and Counseling*, 53(3), 325-332.
- Hörnsten, A., Lundman, B., Selstam, E. K., & Sandstrom, H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 609-617.
- Hunt, L. M., Arar, N. H., & Larme, A. C. (1998). Contrasting patient and practitioner perspectives in type 2 diabetes management. *Western Journal of Nursing Research*, 20(6), 656.

- International Diabetes Federation (2009a). *Diabetes Atlas*. from www.diabetesatlas.org/content/what-is-diabetes Lastet ned 10.10.09.
- International Diabetes Federation (2009b). Regional overview. Retrieved from <http://www.diabetesatlas.org/content/regional-overview> Lastet ned 10.10.09.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., et al. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 244-249.
- Jenum, A. K., Claudi, T., & Cooper, J. G. (2008). Primary care diabetes in Norway. *Primary Care Diabetes*, 2(4), 203-205.
- Jenum, A. K., Holme, I., Graff-Iversen, S., & Birkeland, K. (2005). Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for prevention. *Diabeteologia*, 48, 435-439.
- Karlsen, B. (2007). Gruppebasert veiledning for å fremme mestring av diabetes. In E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Eds.), *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring* (pp. 429 s.). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Rokne Hanestad, B., & Bru, E. (2004). Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 53(3), 299-308.
- Kirkevold, M., & Ekern, K. S. (2001). *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør-: om omsorgens forhold til sykepleie : en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. [Oslo]: TANO.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. from http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf Lastet ned 08.06.10.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publ. Co.
- Lillemyr, O. F. (2007). *Motivasjon og selvforståelse: hva ligger bak det vi gjør?* Oslo: Universitetsforl.

- Mabeck, C. E. (2005). *Introduktion til den motiverende samtale*. København: Munksgaard.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087.
- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22(1), 129.
- Morgan, D. L., & Scannell, A. U. (1998). *Planning focus groups*.
- Moser, A., van der Bruggen, H., & Widdershoven, G. (2006). Competency in shaping one's life: autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse-led, shared-care setting; a qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 43(4), 417-427.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2010). *Folkehelserapport 2010. Helsetilstanden i Norge*. from <http://www.fhi.no/dokumenter/f5894f100f.pdf> Lastet ned 06.06.10.
- Norges Diabetesforbund (2010). Type 2 diabetes. Retrieved from <http://www.diabetes.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=358>. Lastet ned 22.04.10.
- Norsk Diabetesforbund (2003). Diabeteserklæringen. Retrieved from <http://www.diabetes.no/printable.asp?id=37372&it=20>. Lastet ned 10.05.08.
- Peyrot, M., & Rubin, R. R. (2007). Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. *Diabetes Care*, 30(10), 2433-2440.
- Peyrot, M., Rubin, R. R., & Siminerio, L. M. (2006). Physician and nurse use of psychosocial strategies in diabetes care: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*, 29(6), 1256-1262.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pun, S., Coates, V., & Benzie, I. (2009). Barriers to the self-care of type 2 diabetes from both patients' and providers' perspective: literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1, 4-19.
- Reitan, A. M. (2004). Krise og mestring. In A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Eds.), *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (pp. 508 s.). [Oslo]: Akribes.
- Ruderfelt, D., & Axelsson, L. (2004). Patientundervisning vid diabetes - faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor. *Vård i Norden*, 24(4), 9-14.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68.
- Siminerio, L. M., Funnell, M. M., Peyrot, M., & Rubin, R. R. (2007). US nurses' perceptions of their role in diabetes care: results of the cross-national Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Educator*, 33(1), 152-162.

- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2005). *Skolen som læringsarena: selvoppfatning, motivasjon og læring*. Oslo: Universitetsforl.
- Skafjeld, A. (2002). *Diabetes: grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. [Oslo]: Akribe.
- Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Musil, C. M., Lea, P. J. P., & Davis, S. A. (2005). Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Research & Theory for Nursing Practice*, 19(3), 217-230.
- Spilling, T. G. (2010). Fire millioner kan dø av diabetes. Retrieved from <http://www.diabetes.no/Fire+millioner+kan+dø+av+diabetes.9UFRHY14.ips>. Lastet ned 22.04.10.
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse: en innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten (pp. s. 141-161).
- Steen-Olsen, T. H. (2000). *Den moderne studenten: en teoretisk og empirisk analyse av mestring, trygghet og tilhørighet i et motivasjons-, modernitets- og kulturperspektiv*. Pedagogisk institutt, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU, Trondheim.
- Stene, L. C., Midthjell, K., Jenum, A. K., Skeie, S., Birkeland, K., Lund, E., et al. (2004). Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124, 1511-1514.
- Strachan, S. M., & Brawley, L. R. (2009). Healthy-eater Identity and Self-efficacy Predict Healthy Eating Behavior: A Prospective View. *Journal of Health Psychology*, 14(5), 684-695.
- Stubblefield, C., & Mutha, S. (2002). Provider-patient roles in chronic disease management. *Journal Of Allied Health*, 31(2), 87-92.
- Tang, T. S., Funnell, M. M., Brown, M. B., & Kurlander, J. E. (2010). Self-management support in "real-world" settings: an empowerment-based intervention. *Patient Education & Counseling*, 79(2), 178-184.
- Taylor, S. E. (2006). *Health psychology*. Boston: McGraw-Hill.
- Thorne, S. E., & Paterson, B. L. (2001). Health care professional support for self-care management in chronic illness: insights from diabetes research. *Patient Education and Counseling*, 42(1), 81-90.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Vaaler, S., Møinichen, T., & Grendstad, I. (2004). *Diabeteshåndboken*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- van Bruggen, J. A. R., Gorter, K. J., Stolk, R. P., & Rutten, G. E. H. M. (2007). Shared and delegated systems are not quick remedies for improving diabetes care: a systematic review. *Primary Care Diabetes*, 1(2), 59-68.
- van Dam, H. A., van der Horst, F. G., Knoop, L., Ryckman, R. M., Crebolder, H. F., & van den Borne, B. H. (2005). Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 1-12.
- Van der Arend, I. J. M., Stolk, R. P., Krans, H. M. J., Grobbee, D. E., & Schrijvers, A. J. P. (2000). Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient Education & Counseling*, 40(2), 187-194.
- Væg, A., Rosenqvist, U., & Sarkadi, A. (2007). Variation of patient views on Type 2 diabetes management over time. *Diabetic Medicine*, 24(4), 408-414.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Rätsep, A., Levasseur, G., Petek, D., Van Dam, H., et al. (2007). Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: An international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE). 1(1), 25-33.
- Viflad, E. H., & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Wens, J., Vermeire, E., Royen, P. V., Sabbe, B., & Denekens, J. (2005). GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Family Practice*, 6(1), 20-20.
- Whittemore, R., Chase, S., Mandle, C. L., & Roy, C. (2001). The content, integrity, and efficacy of a nurse coaching intervention in type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 27(6), 887-898.
- Whittemore, R., Melkus, G. D., Sullivan, A., & Grey, M. (2004). A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 30(5), 795-804.
- Wigfield, A., & Eccles, J. S. (2000). Expectancy-value theory of achievement motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 68-81.
- Wigfield, A., & Eccles, J. S. (2002). *Development of achievement motivation*. San Diego, Calif.: Academic Press.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23(1), 58-66.

- World Health Organisation (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia*. from http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf Lastet ned 27.10.09.
- Wormnes, B., & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring: veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforl.
- Wu, S.-F. V., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J., Shortridge-Baggett, L. M., & Chang, P.-J. (2007). Self-efficacy, outcome expectations and self-care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11c), 250-257.
- Wæge, K. (2007). *Elevenes motivasjon for å lære matematikk og undersøkendematematikkundervisning*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Nasjonalt senter for matematikk i opplæringen, Fakultet for informasjonsteknologi, matematikk og elektroteknikk, Institutt for matematiske fag, Trondheim.
- Zoffmann, V., Harder, I., & Kirkevold, M. (2008). A Person-Centered Communication and Reflection Model: Sharing Decision-Making in Chronic Care. *Qualitative Health Research*, 18(5), 670-685.
- Zoffmann, V., & Kirkevold, M. (2005). Life Versus Disease in Difficult Diabetes Care: Conflicting Perspectives Disempower Patients and Professionals in Problem Solving. *Qualitative Health Research*, 15(6), 750-765.
- LOV-1999-07-02-64: Lov om helsepersonell (1999).
- LOV-1999-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten (1999).

Forespørsel om å delta i samtale om motivasjon for regulering av type 2 diabetes.

Mitt navn er Kristin Frantzen. Jeg er mastergradstudent ved institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger og skal nå i gang med min masteroppgave.

Jeg ønsker å få innsikt i hvordan sykepleiere stimulerer til motivasjon hos voksne med type 2 diabetes slik at de kan regulere sin sykdom i dagliglivet. Temaet for samtalen vil dreie seg om deres erfaringer og utfordringer på dette området. Ved å delta i en slik samtale kan **du** med din erfaring bidra til å øke kunnskapen om dette viktige temaet.

Jeg ønsker å ha samtale med dere i grupper eller enkeltvis. Samtalen planlegges i mai/juni 2009.

Deltakelse er frivillig og du kan trekke deg når som helst uten noen form for negative konsekvenser for deg. All informasjon behandles konfidensielt og kan ikke føres tilbake til deg.

Mine veiledere er dr.grad. stip. Bjørg Oftedal og 1. amanuensis Bjørg Karlsen ved Universitetet i Stavanger.

Dersom du kunne tenke deg å delta eller trenger mer informasjon kan du kontakte meg på mail: frkr@sus.no eller mob. Tlf 97 09 09 76 innen 30. april 2009.

På forhånd takk for velvilje

Med vennlig hilsen

Kristin Frantzen

Forespørsel om deltakelse i en studie om motivasjon for regulering av type 2 diabetes

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie som søker innsikt i hvordan sykepleiere stimulerer til motivasjon hos voksne med type 2 diabetes slik at de kan regulere sin sykdom i dagliglivet. Å leve med type 2 diabetes er krevende og det stiller store krav til egenkompetanse. Motivasjon er en nødvendig forutsetning for læring og pasienten selv må være motivert, ønske og ha tiltro til egne evner for å makte de omfattende endringer som kreves. Sykepleier har en viktig rolle i å stimulere til motivasjon og jeg ønsker din erfaring og utfordring på dette området. Ved å delta i en slik samtale kan du med din erfaring bidra til å øke kunnskapen om dette viktige temaet.

Hva innebærer studien?

For å kunne delta må du i ditt arbeid jobbe med å motivere og veilede voksne med type 2 diabetes i spesialist- eller primærhelsetjenesten. Jeg er ute etter tanker, meninger, erfaringer og utfordringer dere har om hvordan dere stimulerer til motivasjon hos pasienter med type 2 diabetes. Jeg ønsker å samtale med deg i en gruppe sammen med 5-6 andre sykepleiere. Jeg vil til sammen ha to grupper. Gruppesamtalen vil bli tatt opp på bånd, og vil ta inntil to timer. Jeg vil også ha med en medhjelper for å sikre at mest mulig av dataene fanges opp.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Gruppesamtalene blir anonymisert, slik at det ikke er mulig å spore tilbake til den enkelte deltaker. Det vil kun være jeg som har tilgang til båndet. Innhentede data og båndet oppbevares i låst dokumentskap. Når masteroppgaven blir godkjent i løpet av vår 2010, vil opplysningene slettes. Jeg gjør oppmerksom på at alle som deltar i undersøkelsen vil få tilgang til resultatene når prosjektet er avsluttet.

Jeg er student ved Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger og arbeider for tiden med en masteroppgave med en foreløpig tittel: *Motivasjon for selvregulering - en utfordring for sykepleiere*. Masteroppgaven inngår i et større prosjekt om "Motivasjon for selvregulering hos voksne med type 2 diabetes" ved Universitetet i Stavanger, ledet av L. Amundsen Bjørg Karlsen, Professor Edvin Bru og dr.grad.stip. Bjørg Oftedal.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen så snart som mulig og returnerer den til meg i vedlagt frankert konvolutt.

Gruppesamtalen blir kl 18-20 og gjennomføres ved Jeg gir beskjed om hvilket rom det blir på noen dager før.

Har du spørsmål til studien, kan du kontakte:

Kristin Frantzen

Mail: k.frantzen@lyse.net (privat) eller frkr@sus.no (jobb)

Mob. 97090976

Med vennlig hilsen

Kristin Frantzen, mastergradsstudent

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3

Opplysninger om utvalget

Fokusgruppe 1	Arbeidssted	Utdanning	Erfaring som sykepleier	Erfaring med type 2 diabetes
Deltaker 1 Kvinne	Sykehus	Videreutd. – diabetesspl.	10 år	6 år
Deltaker 2 Kvinne	Legesenter	Videreutd. – diabetesspl.	26 år	2 år
Deltaker 3 Kvinne	Legekontor	Sykepleier	41 år	39 år
Deltaker 4 Kvinne	Hjemmespl.	Sykepleier	5 år	5 år
Deltaker 5 * Kvinne	Hjemmespl.	Sykepleier	> 30 år	>10 år
Deltaker 6 Kvinne	Sykehus	Sykepleier	22 år	15 år
Fokusgruppe 2				
Deltaker 1 Kvinne	Legekontor	Sykepleier	35 år	30 år
Deltaker 2 Kvinne	Sykehus	Sykepleier	7 år	7 år
Deltaker 3 Kvinne	Legesenter	Sykepleier	25 år	10 år
Deltaker 4 Kvinne	Legesenter	Sykepleier	25 år	8 år

* Jeg mangler eksakte opplysninger på en av deltakerne, har derfor oppgitt det slik ut fra de opplysningene jeg har.

Intervjuguide

Innledningsspørsmål:

- Hvordan opplever dere å være sykepleiere til personer med type 2 diabetes?
- Hva legger dere vekt på i møte med denne pasientgruppen?

Hovedspørsmål:

Forventninger

- Det er krevende å endre vaner og tilpasse seg et liv med type 2 diabetes. Kan dere si noe om hvordan pasienten forstår sin sykdom? Gi eksempler.
 - Kan dere beskrive hvordan dere kartlegger pasientens motivasjon for endring?
 - Hva vet dere om pasientens tidligere erfaringer med endringer?
- Hvilke utfordringer har dere i møte med type 2 diabetikeren?
 - Kan dere gi eksempler på hva som er vanskelig og når dere føler dere lykkes?
 - Opplever dere at pasientens motivasjon for å regulere sin type 2 diabetes endres i løpet av årene med sykdommen? Hvordan og hvilke utfordringer knyttes til denne endringen?

Helsegevinst/kostnad

- Hvilke erfaringer har dere med om pasientene er interessert i sykdommen sin eller ikke?
 - Det er viktig å regulere sin sykdom for å unngå senkomplikasjoner. Kan dere gi eksempler på hvordan dere hjelper pasienten til å mestre sykdommen?
 - Har dere eksempler på hvordan dere stimulerer pasienten til å tro på at han kan lykkes i å regulere sitt blodsukker?
 - Kan dere gi eksempler på hvordan dere anerkjenner pasientens innsats?
 - Opplever dere at det er forskjell i pasientens motivasjon mellom ung-gammel, kvinne-mann? Betyr det noe for motivasjonen hvordan sykdommen blir oppdaget og diagnostisert? Hvordan?
 - Hvis de ikke vil leve slik de bør for å regulere sykdommen sin, hva gjør dere da?

Kompetanse

- Motivasjon er viktig for læring. Hva legger dere i begrepet motivasjon?
 - Hvilke tanker har dere om hva som påvirker motivasjon?
 - Hvilken erfaring har dere i bruk av mål?
 - I tilfelle dere bruker mål – kan dere gi noen eksempler på hvordan dere gjør det?
 - Kan dere si noe om dere bruker en spesiell teknikk eller opplæringsprogram når dere veileder type 2 diabetikeren?
 - Kan dere si litt om hvordan dere følger opp pasientene?

Selvbestemmelse

- Kan dere fortelle om hvordan diabetesomsorgen er i dag? Gi eksempler.
- Hvilken rolle har sykepleier i diabetesomsorgen?
 - Hvordan lar dere pasienten medvirke/delta i behandlingen?
 - Kan dere gi eksempler på hvor et slikt samarbeid har medført delt ansvar?
 - Hvordan opplever dere rollen som veileder med tanke på motivasjon?

Relasjoner, støtte

- Hvordan mener dere at tilhørighet til familie, venner, andre med type 2 diabetes og helsepersonell betyr noe for motivasjonen til regulere sin diabetes?
 - På hvilken måte? Kan dere gi eksempler på det.
 - Hvilke erfaringer har dere med å snakke med pasienten om hjemmeforhold?
 - Kan dere fortelle noe om hvordan dere kartlegger hvilken støtte pasienten har?
 - Hvordan opplever dere rollen som støttende sykepleier?
 - uten å skulle oppfattes som å heve pekefingeren eller
 - mener dere det er nødvendig å heve pekefingeren?

Oppsummeringsspørsmål:

- Av alt vi har snakket om, hva er viktigst når en skal motivere en type 2 diabetiker til å regulere sin sykdom?
- Er det noe vi ikke har snakket om, men som vi burde ha snakket om?

Intervjuguide

Introduksjon

Velkommen og takk for at dere var villige til å delta i denne gruppesamtalen om motivasjon og type 2 diabetes.

Mitt navn er Kristin Frantzen. Jeg er masterstudent ved Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger. Denne studien blir min masteroppgave som er avsluttende eksamen i Master i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektivet. Studien inngår som en del i et større forskningsprosjekt ved UiS med tittel ”Motivasjon for selvregulering hos voksne med type 2 diabetes”. Det er ledet av professor Edvin Bru, 1.amanuensis Bjørg Karlsen og dr.grad.stip. Bjørg Oftedal. De to sistnevnte er mine veiledere.

Studien har som tittel ” *Motivasjon for selvregulering – en utfordring for sykepleiere*”. Jeg ønsker i dag å ha en samtale med dere om hvilke erfaringer, tanker, meninger og utfordringer dere har om hvordan dere stimulerer til motivasjon hos voksne med type 2 diabetes slik at de kan regulere sin sykdom i dagliglivet. Det er gjort lite forskning på dette området og dere kan med deres erfaring bidra til å øke kunnskapen om dette viktige temaet.

Jeg er kreftsykepleier og jobber på kreftavdelingen ved SuS. I det daglig har jeg lite å gjøre med type 2 diabetikere, men motivasjon er også viktig for å kunne leve et bra liv med kreftsykdom så her er mange paralleller. Jeg synes det er spennende og interessant med motivasjon og ønsker i denne oppgaven å ha fokus på type 2 diabetes. Det er dere som har erfaringene og jeg håper dere vil dele noen av deres erfaringer med meg.

Samtalen er lagt opp rundt noen temaer eller spørsmål som jeg ønsker at dere diskuterer. Det er først og fremst deres erfaringer jeg er ute etter, både positive og negative, og det er flott om dere forteller historier eller gir eksempler. Denne samtalen kalles et fokusgruppeintervju. Det er en litt annerledes samtale, da samtalen mest skal være mellom dere. Min oppgave er å presentere temaet eller stille spørsmålene, men mest vil jeg lytte og stille oppfølgingsspørsmål. Alle erfaringer er like viktige og det finnes ikke svar som er riktige eller mer betydningsfulle enn andre. Jeg ønsker at dere alle deltar i samtalen.

Samtalen vil bli tatt opp på bånd, så forsøk å snakke høyt og tydelig og helst en om gangen. I tillegg til meg, har jeg med en medhjelper. Hun vil ta notater for sikre at vi får med det dere sier. Hun kan også komme med innspill dersom hun ønsker. Alle opplysninger behandles konfidensielt. Opptaket fra samtalen og navnelister oppbevares forsvarlig og blir slettet etter at masteroppgaven er bestått. Det er bare jeg som har tilgang til opptaket. Jeg ber også om at det som sies i gruppen forblir der og ikke formidles videre.

Samtalen varer i ca 2 timer og vi skal være ferdig til kl 20. Jeg håper vi klarer dette uten pause, men dere må si ifra dersom dere underveis føler dere trenger en liten pause.

Da kan vi først ta en presentasjonsrunde der dere sier hva dere heter og hva dere jobber med til vanlig.

(Båndopptaker startes etter dette.)

Vedlegg 6

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Björg Karlsen
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 15.05.2009

Vår ref: 22007 / 2 / IBH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.05.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22007	<i>Motivasjon for selvregulering - en utfordring for sykepleiere</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Björg Karlsen
Student	Kristin Frantzen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

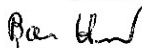
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Ingvild Bergan Hordvik

Kontaktperson: Ingvild Bergan Hordvik tlf: 55 58 32 32

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kristin Frantzen, Fylkeslege Ebbellsst. 5 E, 4019 STAVANGER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Utvalget består av 12 sykepleiere. Førstegangskontakt opprettes av studenten. Det gis skriftlig informasjon til og innhentes skriftlig samtykke fra utvalget. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende i henhold til personopplysningsloven § 19.

Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven § 8 første alternativ (samtykke).

Innen prosjektslutt 30. mai 2010 anonymiseres datamaterialet. Ombudet minner om at med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller kode. Anonymiseringen vil innebære at alle personidentifiserende opplysninger skal slettes, grovkategoriseres eller omskrives.